Eina kartą per mėnesį

1940 m.

XXI METAI

Nr. 6

Birželio mėn.

Nr. 6

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

Redakcinė Komisija:

Prof. dr. *J. Bagdonas*, prof. med. dr. *K. Buinevičius* ir prof. dr. *Pr. Gudavičius* (vid. ligos), prof. med. dr. *Al. Hagentornas*, prof. med. dr. *Vl. Kuzma* ir prof. med. dr. *V. Kanauka* (chir.), med. dr. *K. Grinius* (savivaldybių ir socialinė medicina), prof. med. dr. *A. Jurgeliūnas* ir dr. *M. Nasvytis* (bakteriologija ir higiena), dr. *P. Kalvaitytė* (rentgenologija), prof. med. dr. *J. Karuža* ir doc. dr. *Br. Sidaravičius* (odos ir veneros ligos), prof. *E. Landau* (histologija ir embriologija), prof. med. dr. *Vl. Lašas* (fiziologija ir fiziologinė chemija), prof. med. dr. *Pr. Mažylis* (akušerija ir ginekologija), prof. med. dr. *K. Oželis* (teismo medicina), prof. dr. *P. Stančius* (odontologija), med. dr. *J. Staugaitis* (profesiniai gydytojų reikalai), prof. med. dr. *V. Tumėnienė* (vaikų ligos), prof. med. dr. *E. Vinteleris* (patologija ir patologinė anatomija), prof. med. dr. *J. Zubkus* (ausų, nosies ir gerklės ligos).

Redakcinė Kolegija:

Prof. med. dr. *Vl. Kuzma* (nuo V. D. Univ-to Medicinos Fakulteto), dr. *M. Nasvytis* (nuo Kauno Medicinos Draugijos) ir dr. *J. Staugaitis* („Medicinos" Redaktorius).

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius
D-ras J. Staugaitis.

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 2-15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 30 litų, pusei m. 15 litų.

Šio numerio kaina 3 lit.

TURINYS.

SOMMAIRE.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XXI met. | 1940 m. birželio mėn. | Nr. 6

Gyd. Š. Markovičius.

Diagnostiniai sunkumai dešiniosios pilvo pusės organų susirgimų atvejais*)

Kai gydytojui tenka konsultuoti ligonį, skundžiantįsi reiškiniais dešiniojoje pilvo pusėje, prieš jį iškyla visa eilė sunkumų, susijusių su diagnoze. Diferencinė diagnostika neretai sudaro nemaža keblumų ir reikalinga kruopščių tyrimų. Tat yra suprantama: dešiniojo pilvo tuštymo dalyje guli daug svarbių organų, kurių susirgimas subjektyviai gali pasireikšti panašiais simptomais. Kepenys, tulžies pūslė, pylorus, duodenum descendens, colon, coecum, appendix — štai tie svarbieji organai neskaitant tų, kurie yra abiejose pusėse, k. a.: diafragma (su pleurá), inkstai, ureteriai, adneksai. Štai kodėl šitų organų susirgimą, lokalizacijos atžvilgiu, P a u c h e t pavadino bendru vardu „d e x t r i t e“, o M o u t i e r — žodžiu „c a r r e f o u r i t e“ (nuo žodžio „carrefour“ = kryžkelis).

Nustatydami šitų organų susirgimų, kaip ir kitų susirgimų, diagnozę, mes naudojamės anamneze, bendriniu apžiūrėjimu ir papildomais tyrimais. Klinikoje dar prisideda stebėjimas.

A n a m n e z ė daug reiškia. Ji reikia ko smulkiausiai surankioti, ir iš visų nusiskundimų kaleidoskopo stengtis pasirinkti tai, kas yra reikalinga. Ligonio nusiskundimai kartais gali būti neaiškūs, užtušuoti, neryškūs. Tatai pareina nuo kiekvieno intelekto, nuo kiekvienos šeimos ir net nuo kiekvienos rasės atskirai. Tačiau simptomų preciziškas išdėstymas ne visiškai pareina nuo vad. „inteligentiškumo“: kaimietis, pvz., gali aiškiau aiškinti savo negalavimus, negu miestietis inteligentas.

Jeigu įsižiūrėsime į subjektyvius reiškinius dešiniojo pilvo susirgimų atveju, tai pastebėsime, kad tie nusiskundimai savo dauguma primena ir visų kitų pilvo organų susirgimus. Tokie reiškiniai, kaip r i a u g u l y s (eructatio) ir r i e m u o (pyrosis), a t s i l i e j i m a s (pituitismus) ir ž a g u l y s (singultus),

*) Pranešimas, skaitytas Kauno m. gydytojų draugijoje 1940 m. IV. 3 d.

šleikštulys (nausea) ir vėmulys (vomitus), spaudimo ir sunkumo jausmas — gali lydėti visus virškinamųjų organų susirgimus.

Daugiau patikimesnis ir kartu vertesnis simptomas — yra skausmai: jų lokalizacija ir forma, intensyvumas ir ilgumas, pasireiškimo laikas — fazė. Tačiau net ir tie specifiški skausmai, kurie laikomi kardinaliais kuriam nors procesui, ne visada ir ne visiškai yra tik vieno šito proceso išreiškėjai. Mes gerai žinome, kaip aukštai vertinamas ulcus bulbi simptomų kompleksas. Tačiau, jeigu dauguma atvejų anamnezė mus išveda į tikrą kelią, tai vis delto ji gali mus ir suklaidinti. Moynhan savo laiku yra pareiškęs: „Für die Ulcus-Bulbi-Diagnose ist die Anamnese alles, das fizikalische Befund — fast nichts". Albrecht nuėjo toliau ir šitą sakinį perdirbo šiaip: „Für die Ulcus-Bulbi-Diagnose ist die Anamnese und das Röntgenbefund alles; das fizikalische Befund — fast nichts". „Der Hungerschmerz", — eina dar toliau Schmidt, — „ist kein Monopol des ulcus duodeni... Irreführend sind manchmal Kolikschmerzen isoliert auftretend, die zunächst mehr den Gedanken einer Gallensteinkolik oder dergl. nahelegen können". Ir, iš tikrųjų, mes žinome, kad alkio skausmai gali būti ir neurosis ventriculi bei achylia gastrica, ir tulžies pūslės susirgimų bei kepenų nepakankamumo atvejais. Jau Gilbert savo laiku nurodė į šitą simptomą, kurį jis pavadino: „Fringale des hépatiques". Antra vertus, alkio skausmai nustoja savo tipiškų bruožų, kai opa darosi gili, penetruojanti, kai ramumo periodai yra sutrumpėję, kai skausmo periodai susilygina. Šituo periodu stebimas ligonis skundžiasi nesiliaujamais skausmais, nepareinančiais nuo valgio priėmimo, nenurimstančiais nuo maisto. Tokiais atvejais į procesą neretai yra įtraukta tulžies pūslė ar didieji tulžies takai, kas dar labiau užtemdo ligos vaizdą.

Dešiniosios pilvo pusės organų susirgimų diagnostika yra pasunkėjusi del to, kad subjektyvūs ligos reiškiniai ne visada ligonio lokalizuojami in loco morbi. Kartais vienas tų organų skundžiasi už kitą; kartais reaguoja kiti pilvo organai, iš kurių labiausiai — skilvis. Skilvis yra, taip sakant, šventasis, kuris meldžiasi už visus, ir pildo jis tas pareigas su dideliu stropumu. Stebėtina, kaip kartais toli pažengęs skilvio vėžys beveik jokių aliarmuojančių reiškinių iš skilvio pusės neparodo, tuo metu, kai del nežymaus proceso appendix'e ar tulžies pūslėje gali pasireikšti triukšmingi reiškiniai iš skilvio pusės. Yra nemaža atsitikimų, kai cholecystopathia sukelia žymų pylorus'o spazmą. Šitas pylorus'o spazmas gali būti iš pradžių grynai funkcinio (refleksiško) pobūdžio; bet jeigu jis ilgai trunka, tai gali išsirūtuliuoti tikra skilvio stenozė su visais jos padariniais.

Tačiau, dešiniosios pilvo pusės organai gali pasirinkti kelią pasireikšti ir kitose kūno vietose.

Panašiai, kaip ekstraabdomininiai susirgimai, iradijuodami ar komplikuodamiesi, gali sukelti reiškinius iš pilvo pusės, taip ir, priešingai, pilvo organų susirgimai gali sukelti reiškinius ir ne pilvo organuose. Štai ką sako Savignac ir Delort: „Tik oesophagus, rectum ir anus kai kada parodo pakenkimo lokalizaciją; kitos virškinamųjų latakų dalys kenčia, kaip jos gali („comme elles peuvent", kaip joms patinka), pasirinkdamos vieną ar kitą kelią pasireikšti, tuo pačiu laiku, tačiau, neparodydamos aliarmuojančių požymių ten, kur jos ieškomos".

Mes žinome, pvz., kad cholelithiasis gali sukelti širdies plexus'o refleksiškas pertubacijas ir simuliuoti angina pectoris. Šitais atvejais belladonna, opium'as ir diatermijos aplikacijos kepenų srityje, sumažindamos refleksišką nervų dirginimą, paveikia tuos anginiškus reiškinius geriau, negu vad. anginos specifiški vaistai.

Cholecystitis gali taip pat pasireikšti paroksizmiškos tachikardijos priepuoliais.

Vieninteliu cholecystito simptomu, pasak Brulle's, gali būti skausmai ir cellulitis dešiniosios mentės srityje.

Štai Bieling teikia šią simptomatologinę lentelę cholecystopatijai nuo angina pectoris abdominalis atskirti:

	Cholecystopathia.	Angina pectoris abdomin.
Gryna epigastralgia	+	+
Priepuoliai nakties metu	+	+
Svaigulys	+	+
Skausmai palpuojant	+	+
Pilvo (sienelės) įtempimas	+	0
Dešin. peties skausmai	+	0+
Kair. peties skausmai	0+	+
Karštis	+	+
Icterus	0+	(+)
Retrosternaliniai skausmai	(+)	+
Mirties baimė	(+)	++

Ženklų paaiškinimas: + = dažnai; 0+ = retai; (+) = labai retai, 0 = nėra.

Vadinasi, čia turime abiem susirgimams daug bendrų ir kiek skirtingų simptomų. Nustatant mūsų diagnozę, remtis vien šitais kriteriais, neatlikus kliniškų, rentgenologiškų ir elektrokardiografiškų tyrimų, būtų neatsargu. Užtenka jau prisiminti, kad nesveikos ir sklerozuotos tulžies pūslės jautrumas pas senius yra žymiai sumažėjęs, panašiai kaip seno amžiaus žmonės

nejaučia savo inflamuoto appendix'o. Tačiau nurodyta lentelė verta dėmesio, nes ji parodo, kad cholecystopathia simptomatologiškai gali pasireikšti, kaip angina pectoris abdominalis.

Panašų vaizdą mes galime sutikti kolopatijos atvejais. Koks didelis skirtumas tarp sąstovio (stasis) in coeco bei in colone ascendente ir sąstovio kairėje colon'o pusėje. Pirmu atveju triukšmingi reiškiniai toli nuo proceso lokalizacijos, antruoju atsitikimu — daugiausia vietiniai reiškiniai. Ir tatai yra visiškai suprantama. Dešiniojoje pusėje, in coeco-colone vyksta organinių medžiagų skilimas ir daugybės bakterijų visimas, fermentatio ir putrefactio. Toksiški produktai, k. a.; indoxyl'is, fenolis, amoniakas, organinės rūgštys — acetonas, acidum oxalicum ir ypač histaminas, — ne tiek veikia vietoje colon'ą, kiek, įsisiurbę į kraują, paliečia kitus organus, kurie duoda ligos klinišką vaizdą. Šita, vadinamoji „reaction à distance", darosi dar stipresnė, kai iš colon'o kartu su toksiškais produktais į kraują patenka colon'o flora. Tada mes gauname žinomą sindromą — colibacilosis.

Minėtoji reakcija dažnai pasireiškia ligoniams galvos svaigulių (vertigo) forma. Ieškoma anemijos, ausų susirgimų, tumor cerebri, bet padariniai neigiami. Šitasai svaigulys gali būti padarinys vagosimpatinės sistemos dirginimo, išeinančio iš kurio nors paliesto dešiniosios pilvo pusės organo. Šitas simptomas gali retkarčiais vyrauti visame ligos vaizde.

Štai Borgesco savo gausingais stebėjimais rado, kad vieninteliu latentinio apendicito simptomu galinti būti lipothymia, trunkanti nuo kelių minučių iki — retai — 1 valandos: ligonis nustoja sąmonės, krinta, nejuda; veidas ir rankos pasidengia prakaitu, kvėpavimas nutrūksta, nesustojant širdies plakimui. Iš 3.000 ligonių jis rado net 244 (8%) su lengvesnės ar sunkesnės formos lipothymia. Šitoji lipothymia yra inflamuoto appendix'o vagus'o refleksiško dirginimo padarinys.

Minėtuose pavyzdžiuose, kaip esame matę, dešiniosios pilvo pusės organų susirgimai pasireiškė ne vietiniais subjektyviais simptomais.

Vaizdas dar labiau komplikuojasi, kai tuo pačiu laiku yra paliesti du pilvo organai, ar čia greta gulintieji, ar čia besirandą tolimesniame atstume vienas nuo antro. Kliniškas vaizdas gali tada pasidaryti neryškus, del įvykstančios, kaip leisčiau sau išsireikšti, „subjektyvių reiškinių interferencijos". Šitas reiškinys yra labai svarbus, nes, vyraujant vieno organo simptomų kompleksui, mes galime lengvai užmiršti apie antrą sergantį organą.

Pavyzdžiui, ulcus + appendicitis yra toli neretas reiškinys. Kiek mes matome ligonių, operuotų del appendicitis chronica ir vėl besugrįžtančių pas gydytoją su tais pačiais nusiskun-

dimais! Tai esti, sakyčiau, „nepavykusios apendektomijos“. Retkarčiais tenka išgirsti klausimas: „Kažin, ar man gerai nuoperuota vienagalė žarna, kad vėl yra grįžę tie patys skausmai?“ Čia gi, gal būt, turėta reikalo su appendicitis + ulcus, appendicitis + cholecystitis ar kuria kita kombinacija. Kitaip tariant, čia neturima reikalo su diagnozės klaida, bet su diagnozės nepilnumu. Pabrėžtina, kad žymus ligonių skaičius trumpesnį ar kiek ilgesnį laiką po operacijos gerai jaučiasi, bet vėliau iš naujo pradeda negaluoti. Ar tas laikinis skausmų sumažėjimas yra padarinys išnykusios iš pašalinto appendix'o infekcijos, kuri dirgino kitą organą, ar čia yra refleksiškas reiškinys, nelengva atsakyti. Kai kas yra linkęs kartotinius skausmus aiškinti atsiradusiais suaugimais. Šitas bendras sakinys reikėtų vis delto ne per dažnai vartoti, nes mes galime pakliūti į kraštutinumą, ir tuomet gausime tą patį, ką Noorden yra pareiškęs apie alergiją: „Was man nicht definieren kann, das sieht man als adherentiones an“. Visada turėtinas galvoje dar kurio nors organo susirgimas. Todėl ir chirurgas, radęs ant operacinio stalo nors ir patologišką appendix'ą, nevisada turėtų užtikrinėti ligonį, kad tai buvo vienintelė jo ligos priežastis.

Del anatominių priežasčių vieno pilvo organo susirgimas gali lengvai įtraukti į procesą antrą ar visą eilę kitų organų. Cholecystitis, enteritis ir colitis gali būti skilvio pakenkimo padarinys. Dešiniojo colon'o susirgimai, ir labiausiai chroniški kolitai taip pat dažnai būna kartu su tulžies pūslės susirgimu. Jau Dieulafoy rašė: „Appendicitis ir cholecystitis susijungia, kombinuojasi, papildo vienas antrą, ir šitas papildymas pagimdo kompleksinį stovį: „appendico-cholecystitis“. Durand ir Binet šitą sindromą vadina „typhlo-cholecystitis“. Tačiau į procesą gali būti įtraukti ne tik 2, bet tuo pačiu laiku gali būti paliesta visa eilė virškinamųjų takų organų. Štai Saad neseniai aprašė sindromą, pavadintą „le syndrome gastro-entero-hepato-nerveux. Šitas ilgas terminas parodo, kad į procesą paeiliui buvo įtraukti skilvis, žarnos, kepenys ir nervų sistema. Simptomatologiškai gi pasireikšti gali tik vienas organas: kartais randame sensomotorinę arba sekretorinę skilvio disfunkciją, kartais coecum'o-colon'o reiškinius: stasis in coeco, hyperfermentatio, hyperputrefactio su toksiškais reiškiniais; kitą kartą vėl vyrauja kepenų nepakankamumo reiškiniai ir dar dažniau — neuropsichiniai simptomai. Gydyti tik vieną tų organų — reiškia susilaukti nepasisekimo. Gydyti, pvz., skilvį, užmiršus, kad tai gali būti paprasta disfunkcija del kurio nors pakenkimo colon'e, appendix'e ar tulžies pūslėje, reiškia gydyti paliatyviai.

Pranešimo ribos neleidžia išnagrinėti visą dešiniosios pilvo pusės organų susirgimų diferencinę diagnostiką. Be vietinių

procesų, reikėtų peržvelgti visa eilė ekstraabdomininių susirgimų, kurie į pagalbinius skundėjus šaukia dešiniosios pilvo pusės organus. Tam per maža laiko. Sustosiu tik ties keletu iš jų, kurie, man rodos, yra nemažos svarbos.

Iš ne pilvo organų nurodysiu į tubeculosis pulmonum. Ftiziologams yra gerai pažįstamas šitų ligonių nusiskundimų įvairumas. Pilvo organai gali pasireikšti įvairiai, pradedant nežymiais dispepsiniais reiškiniais ir baigiant didesniais skausmais. Tai bus suprantama, jei prisiminsime simpatinės nervų sistemos vaidmenį skausmų mechanizme. Jau Loeper rado, kad džiovininkai nervų audiniuose turį žymiai sumažėjusį kalcio kiekį. Be to, kaip Guillain ir Gui la Roche yra nustatę, simpatinės sistemos nervai ir jų atžalos labai lengvai absorbuoją toksinus. Todėl bacilinė toksemija gali duoti pradžią reiškiniams iš kepenų, tulžies pūslės ir colon'o pusės. Simpatinės sistemos infekcija gali džiovininkams taip pat sukelti reiškinius iš appendix'o pusės. Sabourin tai pavadino „appendicisme tuberculeux". Loeper pas 40% tuberkuliozinių ligonių rado vad. „caelialgia". Dažnai sutinkami soliariniai ir pseudo-Mc-Burney'o taško skausmai. Šitie ligoniai neretai ir be reikalo yra operuojami del spėjamojo apendicito.

Tokių pačių reiškinių galima sutikti descendentinės iradiacijos atveju, esant neuritis intercostalis. Jeigu procesas lokalizuojasi dešiniojoje pusėje, tai jis gali simuliuoti dešiniojo pilvo tuštymo organų susirgimą. W. Janowski savo monografijoje apie tarpšonkaulinę neuralgiją rašo apie daugelį atsitikimų, kur toji neuralgija simuliavusi cholelithiasis ir apendicitą. Vertinant šitą sindromą, nereikia tačiau užmiršti ir priešingą galimumą, būtent: kad išeinanti iš coecum'o-colon'o ir tulžies pūslės infekcija gali sukelti neuritis infectiosa.

Nemažos reikšmės gastroenterologijai turi intermituojančios hidronefrozės sindromas — petite hydronephrose intermittente. Šita liga pasireiškia vėmimu ir nepaprastais skausmų priepuoliais priešakinėje pilvo dalyje, toje pusėje, kur guli patologinis inkstas. Priepuolis gali simuliuoti appendicitis acuta, cholelithiasis ir t. t. Būdinga, kad skausmai atsiranda į pavakarę ir ligoniui esant ortostatinėje padėtyje. Gulsčioje padėtyje jie išnyksta. Retrogradinė ureteropyelografija parodo ptosis renis, išsiplėtusią geldelę ir ureterio sulinkimą. Urologo ranka gali mums atmerkti akis.

Nemažą vaidmenį vaidina vad. virškinimo anafilaksija. Kai kuris maistas ar vaistai, prie kurių ligonis yra sensibilizuotas (pvz., šokoladas, kiaušiniai, austrės, aspirinas ir t. t.), taip pat emociniai veiksniai gali sukelti tipišką nephrolithiasis'o priepuolį, nepaisant sveikos tulžies pūslės. Anafilaksinis priepuolis taip pat gali duoti apendicito priepuolį ar

occlusio vaizdą. Tuos priepuolius gali lydėti urticaria, migrenė, bradicardia ir net lipothymia. Į minėtus agentus gali reaguoti ne tiktai tulžies pūslė su tulžies takais, bet ir pačios kepenys. Kai procese dalyvauja abudu organai (choc vesico-hépatique), tai ir cholecystectomia nepašalina galutinai priepuolių; skausmai, tiesa, gali sumažėti.

Subhepatinių ar vezikulinių skausmų priepuoliai gali, pasak Chabrol'io ir Busson'o, pareiti nuo neurovegetacinės sistemos svyravimo (instabilité neurovégetative, asynergie biliaire). Normaliai tulžies pūslės kontrakciją turi lydėti Oddi sfinkterio atsidarymas. Kai šito lygiagretiškumo nėra ir kai įvyksta stiprus tulžies nutekėjimas, subhepatinėje srityje išsirūtuliuoja skausmai ir retkarčiais gana dideli.

Prie šitos susirgimo grupės reikia dar priskirti Guttmann'o vad. „choc menstruelle". Praemenstrum'o stadijoje organizme įvyksta pakitimai, kurie labiausiai paliečia vagosimpatinę sistemą. Kraujui pasirodžius, vagotonia praementstrualis staiga pasikeičia hypersympathicotonia. Migrenė, urticaria, vėmimas, tulžies pūslės susitraukimas, Oddi sfinkterio spazmai, duodeninė antiperistaltika — gali šituo momentu išsirūtuliuoti dideliu laipsniu.

Vertas dėmesio kitas sindromas — yra vad. „plexalgia iliaca. Čia turima reikalo su hyperaesthesia plexi iliaci. Simptomai įvairūs: kartais nusiskundžiama skausmingu tašku, gnybimo jausmu, degimu; kartais stipresniais skausmais coecum'o srityje. Šitoji hyperaesthesia dažnai būna bilaterali, arba ji kombinuojasi su periaortinio bei soliarinio plexus'o jautrumu, ir tada, kaip pažymi Le Noir, turinti graikų lambdos (λ) formą. Etiologija įvairi, bet kartais atrodo, kad tie skausmai yra primityvaus pobūdžio, taip sakant, „sine materia". Boltanski mano, kad simpatikotonikams tas jautrumas, apskritai, esąs didesnis ir visai nesusijęs su inflamaciniu appendix'o procesu. Gi Gaston Durand nuomone, „solaralgia" dažnai lydinti pilvo organų susirgimus.

Kuri bebūtų interpretacija, šitas fenomenas visada turėtinas galvoje.

Iš vietinių procesų, sunkesnių diagnostikos atžvilgiu, nurodyti į pericolitis dextra. Pabrėžtina, kad dešinioji pilvo pusė yra elekcinė vieta infekciniams periviscerítams. Pasak Carnot, adherencijos procesas galis kilti viršutinėje arba apatinėje dešiniosios pilvo pusės dalyje, realizuodamas vad. „peridextroviscerítis". Viršuje jis komplikuojasi cholecystitu ir periduodenitu. Apačioje procese gali dalyvauti ileum - coecum - appendix arba adneksai. Be to, būna ir specifiško pobūdžio perikolitų (tbc., lues, įtariama taip pat rheumatismus acutus, kai kurios mikozės ir chroniškas alkoholizmas).

Kliniškai imant, perikolito simptomatologija yra polimorfiška. Fizinis tyrinėjimas nedaug teduoda. Rentgenas gali tam tikrose ribose padėti diagnozę išaiškinti.

Pastaraisiais metais pradėta kreipti dėmesio į sindromą, vadinamą ileitis terminalis. Liga pasireiškia visų ileum'o sluoksnių arti coecum'o inflamacine infiltracija. Šitoji liga ypač yra paplitusi Amerikoje. Jackmann pripažįsta 4 šitos ligos priežastis: 1) ileum'o anatominė anomalija; 2) pripuolama priežastis: torsio, kilpos, invaginatio, svetimkūniai; 3) neuromuskulinė priežastis, panašiai kaip hypertrophia pylori, ir 4) inflamacinės kilmės priežastis. Kliniška eiga įvairi. Ūmi stadija visiškai simuliuoja apendicitą. Bet dažnai esti chroniška forma; suboclusio išsirūtuliuoja iš lėto. Rečiau liga pasireiškia diarrhoea. Po Grohn'o ir Rosenack'o, kiti autoriai rado, kad tas pats pakenkimas galįs išsirūtuliuoti ir jejunum'e. Todėl jie šitą ligą pavadino „enteritis regionalis". Vis delto Grobshein ir Grünfeld mano, kad terminalinis ileum'as esąs predilekcijos vieta regionaliai inflamacijai. Svarbu turėti galvoje diferencinė diagnozė su ileotyphus'u.

Krohn ir Berg neseniai aprašė dešiniojo colon'o susirgimą, pavadindami jį colitis regionalis dextra. Liga panaši į colitis ulcerosa terminalis. Procesas gali lokalizuotis, pradedant coecum'u ir baigiant colon transversum. Simptomai: skausmai, diarrhoea ir dažnai pakilusi temperatūra. Prognozė — sunki.

Pagaliau, atkreipsiu dar dėmesį į dolichocolon, kuris gali sukelti patologiškų reiškinių ir dešinėje pilvo pusėje. Procese neretai dalyvauja tulžies pūslė ir kepenys. Reiškiniai esti didesni, kai dolichocolon yra lydimas kolito.

Šitie keli pavyzdžiai parodo, kaip nelengva gali būti diagnozė, kai tenka turėti reikalo su nusiskundimais dešiniojoje pilvo pusėje.

Tiksliai diagnozei nustatyti mes turime pavartoti visas prieinamas mums priemones. Prireikus mes turime kviestis chirurgą, urologą, ftiziologą ir kitus specialistus padėti diagnozę išaiškinti.

Mūsų žvilgsnis neturi sustoti vien ties locus doloris, bet jis turi ieškoti locus morbi.

Gydymo nepasisekimas gali pareiti ne tiek nuo paties proceso atkaklumo, kiek nuo netikslios, ar bent „nepakankamos" diagnozės.

Gyd. I. Matis.

Naujos pažiūros į kaktinių - akytinių sinusitų chirurgišką gydymą*)

Kaktinis-akytinis (sinus frontalis — sinus ethmoidalis) sinusitas nagrinėjamas įvairiose medicinos šakose. Kadangi tipiški galvos skausmai yra šito sinusito požymis, tai diagnozuojant sinusitą labai dažnai tenka susidurti ir su įvairiomis kitomis ligomis. Reikia gerai susipažinti su šituo sinusitu, nes galvos skausmai pasitaiko nepaprastai dažnai, ir jie įvairiausių ligų gali būti sukeliami. Lengviausiai nustatoma diagnozė tada, kai yra žandinis (sinus maxillaris) sinusitas. Daug sunkiau nustatomos kaktinio (sinus frontalis), akytinio (sinus ethmoidalis) ir pleištinio (sinus sphenoidalis) sinusitų diagnozės. Yra žinoma daug atsitikimų, kur pavojingiausios komplikacijos susidaro kaip tik šitokių sinusitų atvejais del to, kad diagnozė nebuvo savo laiku nustatyta. Daug tokių sinusitų buvo nustatyta tik beskrodžiant. Tat pasitaiko todėl, kad tokie sinusitai praeina nepastebimi arba jie yra sunkiai diagnozuojami. Kaktinio-akytinio sinusito diagnozei vartojama rhinoscopia anterior ir posterior, rentgeninė nuotrauka ir diagnoziškas praplovimas. Reikia pažymėti, kad kaktinio-akytinio sinusito diagnozė yra daug sunkesnė, negu žandinio.

Šitie diagnoziniai sunkumai literatūroje plačiai nurodomi (S e i f f e r t). Nei rentgenas, nei rinoskopiškas tyrimas, nei diagnoziškas praplovimas nevisada duoda visiškai tikrų duomenų. Todėl, neturint visiškai aiškių priemonių diagnozei nustatyti, tenka padaryti ir mėginamasis daubų (sinusų) atidarymas.

Labai didelis skirtumas yra tarp ūmiųjų ir lėtųjų sinusitų. Ūmieji sinusitai, praeiną gana audringai, lydimi pakilusios temperatūros, stiprių galvos skausmų ir pan., gali savaime išgyti; todėl, nesant būtinų indikacijų, vengtina operatyvių priemonių. Lėtieji sinusitai daug pavojingesni, nelinkę savaime išgyti, kaip tat yra su ūmiaisiais. Atvirkščiai, negydomieji lėtieji sinusitai išsiplečia į kitas šalutines nosies daubas. Tuo būdu, jie iš lokalizavusių sinusitų darosi p a n s i n u s i t a i s. Šitas lėtųjų sinusitų išsiplėtimo polinkis aiškinamas tuo būdu, kad visos šalutinės nosies daubos topografiniu atžvilgiu yra tarpusavyje susijusios. Kadangi dauguma ligonių pradeda gydytis tik tada, kai liga jau yra gana toli pažengusi, tai daugiausią turima reikalo su d a u g y b i n i u s i n u s i t u.

---

*) Autoriaus straipsnių, spausdintų anglų „Journal of Otology and Laryngology", prancūzų „Annales d'Oto-laryngologie" ir Vienos „Mntschr. f. Ohrhlk.", santrauka.

Svarbiausia ir didžiausia dauba, dažniausiai paliečiama, yra žandinė dauba (sinus maxillaris), kurios uždegimas ir gydymo būdas jau buvo plačiai prof. Zubkaus aprašytas „Medicinos" žurnale. Be žandinio sinusito, dažnai pasitaiko ir kaktiniai-akytiniai sinusitai. Hajek, Killian, Maduro ir kiti yra pastebėję faktą, kad kaktinės daubos uždegimas dažniausiai vykstąs drauge su akytinių ląstelių uždegimu. Nepaisant didelių pastangų ir labai gausios mediciniškos literatūros, kaktinio-akytinio sinusito operavimas iki šiol yra vienas sunkiausių ir daugiausia diskutuojamų otolaringologijos klausimų. Dirbdamas kurį laiką Killian'o klinikoje Berlyne, kur jau keli dešimtmečiai ypatingai domimasi kaktinio-akytinio sinusito operatyviu gydymu, autorius (gyd. I. Matis) galėjo įsitikinti, kad iki šiol neturima visai patenkinamų būdų kaktiniams-akytiniams sinusitams operuoti. Šitoje klinikoje galima buvo pastebėti, kiek trūkumų turi kaktinės-akytinės operacijos. Pasirėmus labai gausingu prityrimu, buvo prieita išvada, kad originalios radikalios metodės, kaip, pvz., Riedel'io, Ogston'o, Kuhnt'o, Luc'o, Sebileau'o, Killian'o ir kt., yra nustojusios savo reikšmės. Tokie autoritetai, kaip, pvz., Hajek, Jansen ir kt., turėję didelį prityrimą, esą įsitikinę, kad radikali išorinė operacija anaiptol dar nesanti išsprendusi daubų chirurgijos problemos. Hajek sakydavo: „Kol išorinė operacija nėra būtina, tol jos negalima daryti." Vidurnosinės metodės turi daug rėmėjų (Mosher, Vacher, Halle); tačiau dauguma vis delto mano, kad tos metodės nesančios pakankamai radikalios. Kiti, kaip, pvz., C. Gill-Carrey ir F. Hillier, atsisakė nuo vidurnosinių operacijų ir pasidarė išorinės metodės šalininkais.

Dabartiniu metu, kaip atrodo, dauguma palaiko konservatyvios išorinės operacijos būdą, ypatingai tą, kurio dėsnį yra nustatęs Howarth: „Svarbiausias dalykas — tai plačiai atidaryti daubas ir sujungti su nosies tuštymu: tačiau, tai darant, reikia kiek galima daugiau apsaugoti daubų gleivinė, nes akytinės ląstelės yra kaktinės daubos raktas." Howarth'o metodę palaiko daugelis autorių, k. a.: Frazer, G. Howells, Wilson, Adam, Davis; o kiti ją yra modifikavę įvairiais būdais: Maduro (prof. Lemaitre mokyklos, vidinė-išorinė metodė), F. Smith, Lynch, Baldenweck ir Seiffert, buvęs Killian'o mokinys.

Moderniškosios konservatyvios išorinės operacijos būdingos žymės yra šios: 1) mažas pjūvis akiduobės (orbitos) išvidinėje sienelėje, 2) kaktinės daubos dugno pašalinimas, 3) radikali etmoidektomija, 4) platus drenažas tarp kaktinės daubos ir nosies tuštymo.

Statistiniais duomenimis šitos naujoviškos metodės turi didelį pasisekimą; tačiau išorinis įpjovimas trukdo jas pritaikyti praktikoje.

Apie tai E. Watson-Williams sako: „Dideli trukdymai operuoti tomis visomis metodėmis, o taip pat ir iš išorės pro veido odą, susidaro todėl, kad dauguma pacientų, kol jų padėtis yra dar pakenčiama, neleidžia tokių priemonių pavartoti. Jeigu operacija būtina, tai jie pirmiausia reikalauja užtikrinti, kad nebus daromas joks išorinis pjūvis; nebent juos būtų galima įtikinti, kad randas būsiąs toks nežymus, jog jis nebus matomas".

Tat patvirtina taip pat A. Lowndes-Yates: „Žinau, jog mums ir mūsų pacientams labai svarbu, kad randas būtų ko mažiausiai matomas; ypatingai moterys labai dažnai nenori išorinės operacijos".

Kitas blogumas yra tas, kad išorinis pjūvis palieka randą nosies siauriausioje vietoje, kas padeda sunaikinti kaktinį-nosinį drenažą. Apie tai Bedford-Russel sako: „Įpjovimas ne labai geroje vietoje, nelygioje plokštumoje randas del audinių susitraukimo linkęs taip pat susitraukti ir priaugti prie žemiau esančių audinių."

1932 m. autoriaus aprašytas būdas, kaip operuotina, laikantis šitų, aukščiau minėtų, dėsnių, bet nedarant išorinio įpjovimo, t. y. nepaliekant jokių išorinių žymių. Šitas būdas vėliau buvo pavadintas poantkauline (subperiostaline) metode. Paskui šita metodė buvo pakeista ir patobulinta. Jos eiga buvo parodyta ir išaiškinta oto-laringologų kongrese Paryžiuje 1934 ir 1936 m. ir Leningrade 1935 m. Šitos operacijos technikos dėsniai pagrįsti tuo, kad operacija daroma poantkauliniu būdu po minkštaisiais audiniais, panašiai kaip daroma pogleivininė nosies pertvaros rezekcija.

Šita poantkaulinė metodė turi daug gerų savybių: galima išvengti išorinio įpjovimo ir praplatinti operuojamas laukas. Dideli kaulų gabalai galima pašalinti, net nesubiaurinus veido. Pastarasis dalykas gali būti išaiškintas tuo būdu, kad, šitą metodę pritaikius, apsaugomas antkaulio gyvybingumas, nes lieka visi minkštieji audiniai su neliestomis kraujagyslėmis, kas sudaro svarbų vaidmenį, kaului regeneruojantis.

Nepaisant fiziologinių poantkaulinės metodės gerų savybių, jos techniškas pritaikymas kur kas sunkesnis, negu išorinės operacijos. Vis delto, jei čia laikomasi Howarth'o dėsnių, tai techniškas įvykdymas yra daug lengvesnis. Tokiais atvejais atsisakydami pašalinti visą kaktinės daubos gleivinę ir taip pat visą jos žemutinę sienelę, pritaikius poantkaulinę metodę, visada galima užtikrinti sau plačią angą į kaktinę daubą, tik pašalinus didesnę žemutinės sienelės dalį su jos

nosine atauga, kaktinės ataugos didesne dalimi, viršutinio žandikaulio kylančia dalimi ir su visomis akytinėmis ląstelėmis.

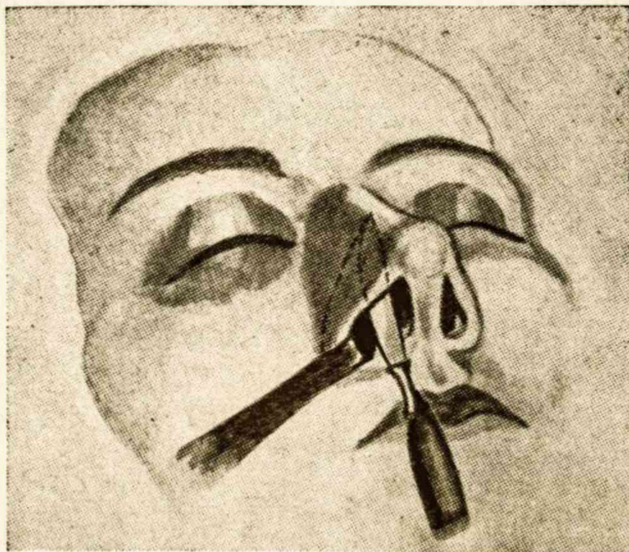
Poantkaulinės metodės vardas yra tik bendras pavadinimas įvairioms pagal šituos dėsnius daromoms operacijoms. Pagrindinei operacijai yra kelios modifikacijos, bet iš jų čia bus aprašyta tik svarbiausioji.

Operacinė technika.

Operacija vietinėje anestezijoje turi daug gerų pranašumų: nežymus kraujavimas, neskausmingumas, mažesnis pooperacinių plaučių komplikacijų pavojus ir lengvesnis antkaulio atsiklojimo galimumas.

Už 45 minučių prieš operuojant pacientui daromi morfio arba dilaudidatropino švirkštimai. Už 10—13 min. prieš operuojant pro nosies išorinę dalį, vidinę kaktinės daubos sienelę ir pagal apertura pyriformis įleidžiama sol. novocaini hydrochlorici 1% su 0,1% adrenalino skiedinių (5—7 lašai į 10 ccm). Operuojamoje nosies pusėje daroma vietinė anestezija, sutepant gleivinę su 2% pantokaino skiediniu, į kurį įeina penkta dalis 0,1% adrenalino skiedinio. Labai svarbi gera nosies tuštymo anestezija ir išemija, kuri dažnai esti net daug sunkesnė už išorinių nosies dalių anesteziją.

I pieš.

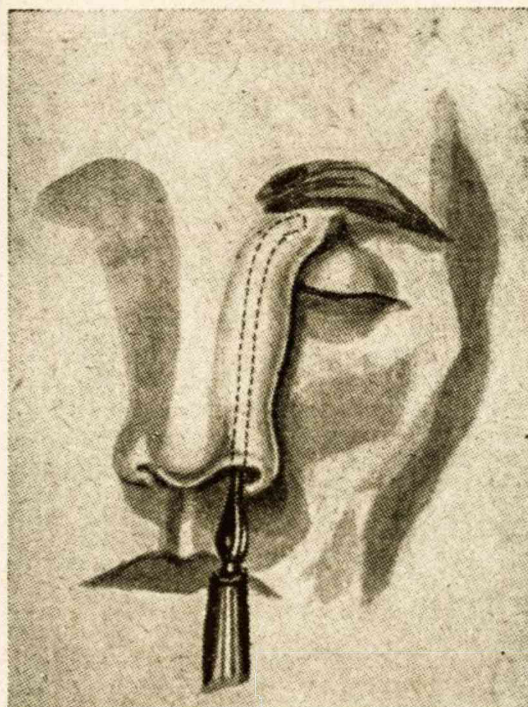


Operacinis pjūvis išilgai apertura pyriformis.

Vidurnosinis (intranazalinis) pjūvis daromas išilgai apertura pyriformis pakraščio (žiūr. 1 pieš.). Antkaulis abipus įpjovimo atklojamas, kad būtų galima kaulas visai atpalaiduoti (žiūr. 2 pieš.). Šitas atklojimas parodo mums kaktinę žandikaulio at-

augą (processus frontalis maxillae), kaktinės daubos dugną, nosikaulį ir ašarų maišelį. Iš iškeliamos nosies gleivinės susidaro skiautelė su pagrindu apačioje. Asistentas užkabina re-

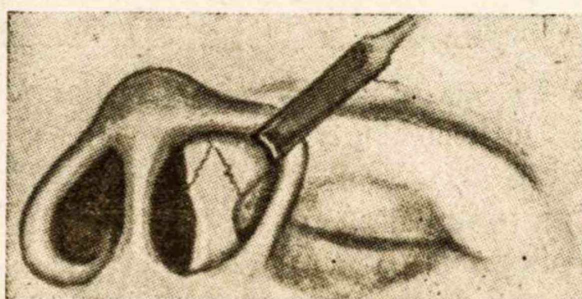
II pieš.



Minkštųjų audinių iškėlimas.

traktoriumi ir atitraukia minkštuosius audinius nuo kaulo; tuo būdu kraujavimas mažėja ir pasirodo visas operacinis laukas (žiūr. 3 pieš.).

III pieš.

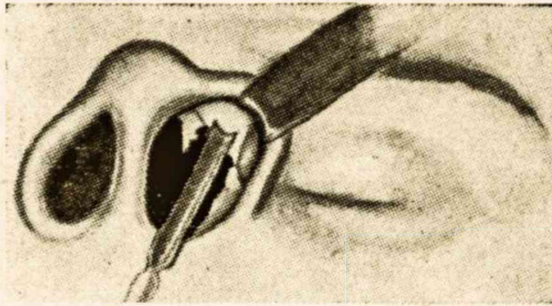


Operacinio lauko vaizdas po iškėlimo; antkaulis (periosteum) atklojamas nuo akiduobės (orbitos) medialinės sienelės Matoma: kaktinės daubos (sinus frontalis) dugnas, žandikaulio kaktinė atauga (processus frontalis maxillae), nosikaulis (os nasale).

Su atitinkamai pagamintomis nosinėmis replėmis arba su aštriu kaltu pašalinama kaktinė žandikaulio atauga (žiūr.

4 pieš.), kas padaro mums matomą ir prieinamą kaktinės daubos dugną bei įgalina atlikti visų akytinių ląstelių rezekciją

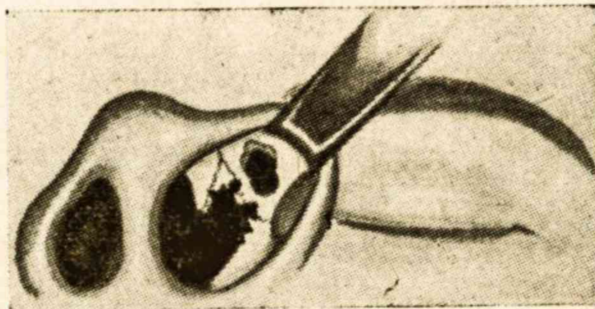
IV pieš.



Žandikaulio kaktinė atauga (processus frontalis maxillae) pašalinta; anga į kaktinę daubą (sinus frontalis) padaryta aukščiau kaktinės - žandinės siūlės (sutura fronto - maxillaris).

(žiūr. 5 pieš.). Dauba atsiveria aukščiau kaktinės-žandikaulinės siūlės (sutura fronto-maxillaris) (žiūr. 6 pieš.). Pro angą dauba ištiriama lanksčiu zondu. Daubos dugnas dabar pašalinamas specialių instrumentų pagalba. Mažų ir vidutinių daubų dugnai galima visai pašalinti.

V pieš.



Plonas tiltas tarp kaktinės daubos (sinus frontalis) ir nosies tuštymo, kuris reikia pašalinti.

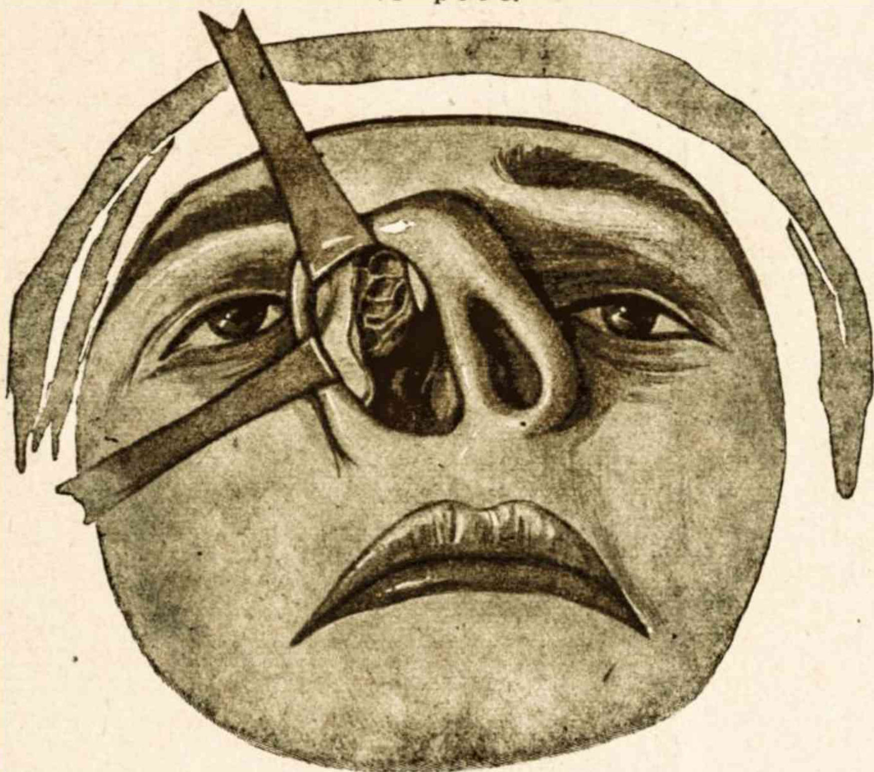
Paskutiniu metu kaktinės daubos gleivinės gydymas visai pasikeitė. Anksčiau buvo mėginama visai pašalinti daubos gleivinė; tačiau dabar, H o w a r t h'ui pritariant, dažnai stengiamasi pašalinti tik nesveika kaktinės daubos gleivinė. Pašalindami kaktinės daubos dugną, mes pašaliname žymią dalį gleivinės, sudarančios kaktinį-nosinį kanalą. Pašalinus daubos gleivinę ir visas akytines ląsteles, antkaulinė-gleivininė skiautelė vėl atstatoma į savo vietą.

Baigus operaciją, susidaro naujas suformuotas tuštymas pašalinto akytinio labirinto ir kaktinės daubos dugno vietoje,

lygiomis sienelėmis, plačiai susisiekiąs su nosies tuštymu (žiūr. 7 pieš.).

Pooperacinis gydymas yra labai svarbus ir jis įvairiai keitėsi. Svarbiausias dalykas — tai žiūrėti, kad antkaulinė-gleivininė skiautelė nesuaugtų su pertvarine gleivine. Siaura marlės juostelė įdedama į viršutinės nosies tuštymo dalį ir paliekama šitoje vietoje keletui dienų. Šita juostelė neleidžia gleivinėms suaugti. Guminis drenas dabar yra visai atmestas, nes, kaip patyrimas rodo, jis yra nereikalingas ir tiktai dirgi-

VI pieš.



Akytkaulinių (etmoidalinių) ląstelių vaizdas, pašalinus žandikaulio kaktinę ataugą (processus frontalis maxillae).

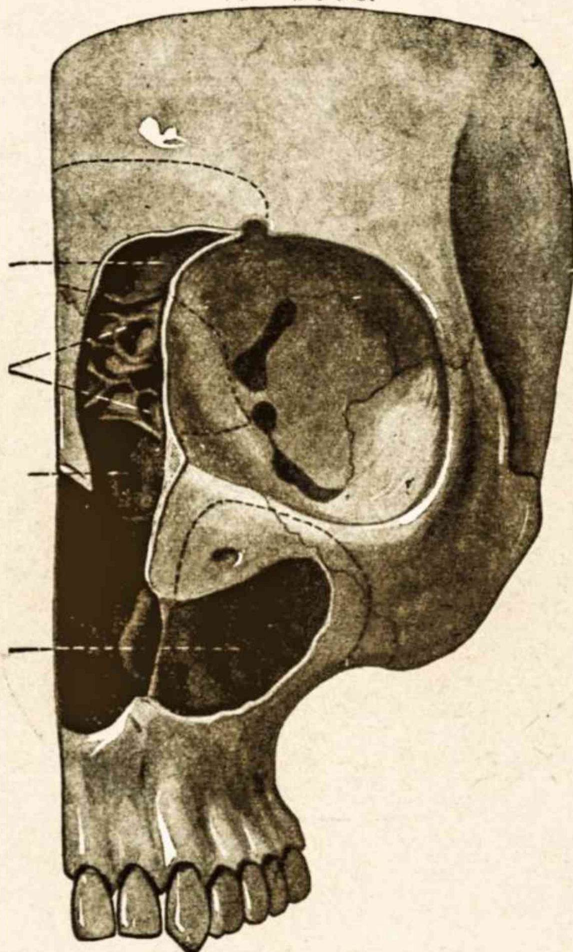
na minkštuosius audinius. Frontinis nosies drenažas būna sėkmingas, kai vartojami zondai per visą mėnesį, 4 kartus per savaitę įstatinėjant. Tuo būdu naujas kaktinis-nosinis kanalas praplečiamas ir išvengiama jo suaugimo.

Labai svarbus klausimas: kaip pansinusito atveju operuotinos visos daubos iš karto? Šitas klausimas, kiek jisai liečia autoriaus (gyd. I. Matiso) metodes, buvo aprašytas atskirame straipsnyje, kurio santrauka čia patiekiama. Pašalinus radikaliai žandikaulio kaktinę ataugą ir taip pat akytinį labirintą, užtikrinamas geras priėjimas prie pleištinės daubos (sinus sphenoidalis); priešakinė daubos sienelė su atitinkamu instrumentu (Kofler'io „Stanze") visiškai pašalinama.

Poantkaulinėje operacijoje praktiškai svarbu suderinti aukščiau minėta metodė su žandinės daubos (sinus maxillaris s. Highmori) atidarymu. Žandinė dauba galima pasiekti, operuojant C a n f i e l d'o ir S t u r m a n'o būdu.

Pagal šitą metodę dauba galima atidaryti, pašalinus žemesnę dalį masyvios apertura pyriformis. C a n f i e l d'o technika tinka tais atsitikimais, kai įtariama, jog gleivinė yra žymiai pakitusi. Antra metodė taip pat tinkama, kombinuo-

VII p i e š.



Pansinusito operacijos vaizdas, parodytas kaukolėje: veido kaulas yra radikaliai pašalintas, bet čia jokių išorinių žymių nelikę.

jant ją su poantkauline procedūra, ir ji yra kiek paprastesnė. Taikant šitą metodę, laikinai skersai sulaužoma žemutinė kniauklė ir padaroma pakankamai didelė anga į daubą, kad galima būtų ištirti gleivinė. Kiekvieni nesveiki ir stambesni audiniai pašalinami kiurete, bet nedaroma jokių pastangų visai gleivinei pašalinti. Didelės angos paliekamos žemutinėje landoje (meatus nasi inf.), o sulaužyta kniauklė atstatoma.

Visose operacijose labai svarbu išvengti nosies tuštymo sveikųjų audinių, pvz., kniauklės ir nosies gleivinės pakenkimo, kad tuo būdu nebūtų sutrikdyta normali nosies veikla.

Instrumentai.

Poantkaulinei operacijai atlikti, be paprastai rinologo chirurgo vartojamų instrumentų, dar turėtina atitinkamų įrankių, k. a.: 1) Robert'o dviejų žiedų injekcinė adata su viena trumpa ir viena ilga adata; 2) autoriaus sugalvotas — išlenktasis raspatorius kaktinės daubos žemutinės ir akiduobinės sienelių antkauliui atkloti; 3) autoriaus aprašyti 2 ilgi, 90° kampais kabliai — retraktoriai, minkštiesiems audiniams su antkaule atitraukti; 4) ilgų ir labai aštrių, įvairaus pločio kaltų rinkinys; 5) įvairių daubinių kiurečių rinkinys; 6) nosinės ir akytinės replės; 7) pleištinė (sfenoidalinė) „Stanze" kaktinės daubos dugne angai padidinti ir priešakinei pleištinei sienelei pašalinti; 8) stiprios nosinės replės viršutinei žandikaulio ataugai pašalinti; 9) įvairūs instrumentai, paprastai vartojami rinologijoje (nosiniai veidrodėliai, pincetai ir kt.).

Indikacijos.

Indikacijų klausimas gana svarbus ir gana sudėtingas. Jis pareina nuo nosies priedinių daubų anatominės struktūros ir kliniško vaizdo.

Nosies tuštymo anatominė struktūra duoda mums indikacijų operavimui. Kai nosies tuštymas platus, nosies tiltas negilus, akiduobė negili, nosikaulis ir žandikaulio viršutinė atauga kieta ir sustorėjusi, tai susidaro kai kurių kliūčių operacijai. Kai nosies tuštymas labai platus, tai tuomet užtenka paprastos vidurnosinės operacijos.

Kitu atveju, kai nosies tuštymas siauras, nosies tiltas gilus, akiduobė taip pat gili, nosikaulio struktūra plona ir silpna, tai tada yra labai palankios sąlygos poantkauline metode operuoti; net jeigu nosies tuštymas išimtinai yra ilgas ir siauras, tai operacijos technika nesudaro jokių sunkumų.

Indikacijoms taip pat svarbi kaktinės daubos apimtis. Kai kaktinė dauba yra didelė, tai būna labai lengva atverti ir pašalinti dugno dalis (kaulas tokiais atsitikimais paprastai yra silpnas). G u n s mano, kad tokiu atveju techniškai esą lengviau operuoti. Iš tokios daubos galima pašalinti vien tik gleivinės dalis, kas atitinka H o w a r t h'o dėsnius. Kai kaktinė dauba yra vidutinio didumo, tai labai dažnai galima pašalinti visas dugnas. Neretai galima pašalinti taip pat daubos gleivinė. Tokios daubos paprastai yra tinkamos poantkaulinei operavimo metodei pritaikyti. Kai kaktinė dauba maža, tai, pasak G u n s'o, operacija sunkiai įvykdoma: kaulas būnąs dažnai masyvus ir nelabai lengvai duodasi šalinamas. Antra vertus, atidarius tokią daubą, galima radikaliai operuoti ir pašalinti visa gleivinė.

Pritaikius poantkaulinę operavimo metodę, ypatingai lengva priartėti prie priešakinių akytinių ląstelių. Pašalinus viršutinę žandikaulio ataugą (proc. super. maxillae), netgi aukštai gulinčios kaktinės-akiduobinės ląstelės gali būti lengvai pašalinamos.

Šita santrauka padaryta, pasirėmus autoriaus klinišku prityrimu ir ištyrus daugiau kaip 200 kaukolių anatominius-topografinius santykius.

Pasirėmęs savo klinišku prityrimu, autorius (gyd. I. Matis) priėjo šias indikacines išvadas:

Poantkaulinė operacija indikuotina:

1. Kai yra per sunkios pavartoti kitos vidurnosinės metodės;
2. kai jau viena vidurnosinė operacija nepasisekė;
3. kai nosies tuštymas yra labai siauras;
4. neaiškiais atsitikimais, kur sunku nustatyti tikslį diagnozė; šita vidurnosinė operacija yra vienintelė ten, kur galima tiesiog apžiūrėti kaktinė dauba;
5. kai pasitaiko kartotiniai polipų atkritimai;
6. kai pacientas estetiniais sumetimais atsisako nuo išorinės operacijos, nors ji ir indikuotina. Poantkaulinė operacija, būdama labiau radikali, geriausiai atstoja visas vidurnosines operacijas.

Indikacijų klausimas pansinusito arba polisinusito atveju yra daug sunkesnis. Tokiais atvejais autoriaus procedūra yra šitokia: kai spėjama, kad vyrauja kaktinis-akytinis sinusitas, tai pirmiausia taikoma poantkaulinė operavimo metodė, ir atidaroma kaktinė dauba ir akytinis labirintas, o vėliau ir žandinė dauba. Jeigu spėjama, kad labiau paliesta žandinė dauba, tai pirmiausia daroma Caldwell-Luc'o operacija, o paskui ir aprašytoji.

Jeigu kaktinis sinusitas yra reikalingas išorinės operacijos del pūliavimo pavojingumo ir daubos didumo, tai geriausia daryti kombinuotinė vidinė-išorinė operacija, aprašyta žurnale „Revue d'oto-laryngologie“ (1938 metų lapkričio mėn.), būtent: 1) viršutinės žandikaulio ataugos ir daubos dugno dalies rezekcija, pritaikius poantkaulinę metodę; 2) mažas išorinis įpjovimas po antakiais; 3) likusios daubos dugno dalies pašalinimas; 4) gleivinės pašalinimas. Tuo būdu neišauga randas vidinėje akiduobės sienelėje ir išvengiama kaktinio-nosinio susisiekimo užakimo.

Poantkaulinės operacijos technikiniai būdai yra įvairūs. Kiekvienu atskiru atsitikimu tas įvairumas leidžia pasirinkti tinkamą būdą pagal jo kliniškus ir anatominius ypatumus. Tat patvirtina ir Hajek, sakydamas, kad „neteisinga ginti viena

standartinė metodė; reikia spręsti atskirai apie kiekvieną atsitikimą ir pasirinkti tinkama gydymo metodė.“

Principinė autoriaus nuomonė šitokia: prieš imantis daryti radikalią operaciją, mėgintinos švelnesnės operavimo metodės. Todėl autorius visada stengiasi iš pradžių atlikti paprastesnę operaciją, ir tik, prireikus, vėliau operuoja radikalesniu būdu.

Autoriaus stebėjimai.

1. Poantkaulinė operavimo metodė, skaitant ir visas modifikacijas, buvo pavartota 105 atsitikimais, kurių daugiau kaip pusė buvo daugybiniai sinusitai, apie trečdalis — pansinusitai; dauguma buvo gana sunkūs ir užleisti atsitikimai, o likusieji — kaktiniai sinusitai arba chroniškieji etmoiditai.

2. Visi šitie atsitikimai neturėjo jokių ypatingų sunkių komplikacijų.

3. Poantkaulinė operavimo metodė praktiškai pasisekė visais atsitikimais, be dviejų, kurių del labai storo kaulo nebuvo galima šituo būdu operuoti ir reikėjo baigti vidiniu-išoriniu būdu.

4. Visais šitais atsitikimais neliko jokių išorinių žymių. Kosmetiniai padariniai buvo geri net ten, kur buvo pašalinti dideli kaulų gabalai.

5. Dauguma atsitikimų buvo užtikrintas platus susisiekimas tarp kaktinės daubos ir nosies tuštymo. Patyrimas parodė, kad du svarbūs veiksniai užtikrina nuolatinį susisiekimą, būtent: radikalus nosies šoninės sienos priešakinės dalies pašalinimas ir rūpestingas pooperacinis slaugymas.

6. Visais atsitikimais buvo galima radikaliai pašalinti visas akytinis labirintas kartu su kaktinėmis-akiduobinėmis ląstelėmis.

7. Poantkaulinė neuralgija ir pooperacinė parestezija buvo pastebėtos tik tais atsitikimais, kur buvo operuota poantkauliniu vidiniu-išoriniu modifikuotu būdu; antra vertus, atsitikimais, operuotais poantkauliniu būdu, jos retai buvo pastebėtos.

8. Pavartojus šitą metodę pirmą kartą, pasistengta kiek galima radikaliau pašalinti daubos gleivinė. Patyrimas patvirtino, kad gleivinės pašalinimas nėra taip svarbus, kaip platus kaktinis-nosinis drenažas.

9. Patyrimas parodė ir sunkumų, galinčių susidaryti operacijos metu, k. a.: a) kartais pasirodo kraujavimas, ypač esant blogai anestezijai arba ūmiais atsitikimais; b) kaktinės kaulo rezekcijos sunkumas; c) kartais susidaro tam tikrų sunkumų, atidarant kaktinės daubos dugną. Tačiau iš patyrimų žinoma, kad visi šitie sunkumai nugalimi.

10. Autoriaus patyrimais, poantkaulinė operacija labai patogi daugybiniams sinusitams arba pansinusitams operuoti. Pašalinus žandikaulio kaktinę ataugą, labai lengvai galima atidaryti viršutinės daubos.

Daug autoriui pasitaikiusių atsitikimų jau buvo svarstyta įvairiuose medicinos spaudos straipsniuose. Čia aprašysiu keletą būdingų atsitikimų, rodančių poantkaulinės metodės pritaikymo įvairumų galimumus.

1 atsitikimas. Lėtasis kaktinis-akytinis sinusitas, išgydytas, pritaikius poantkaulinę operaciją.

R. L., 36 metų vyras, skundžiąsis galvos kairėje pusėje skausmais, trunkančiais jau dvejus metus. Gyvendamas kaime jis nesigydęs. Nosies ir rentgenogramos tyrimas aiškiai parodė pūlingą kaktinį-akytinį sinusitą.

Del siauro nosies tuštymo įprasta vidurnosinė operacija buvo labai sunki, bet pacientas kaip tik tiko poantkaulinei operacijai, daromai kaktinei-akytinei daubai; šituo būdu ir buvo operuojamas 1936 m. rugpjūčio 6 d. Vidutinio didumo kaktinė dauba atidaryta be jokių sunkumų ir lengvai pašalinta jos gleivinė, taip pat išsivysčiusios kaktinės-akiduobinės ląstelės. Po 6 mėnesių apžiūrėjus, matomi geri padariniai. Kaktinis-akytinis drenažas padarytas platus.

2 atsitikimas. Lėtasis pūlingas kaktinis-akytinis sinusitas su atkrytiniais polipais. Kelios vidurnosinės operacijos nepasisekė, bet poantkaulinė operacija buvo sėkminga.

U. S., 32 m. moteris. Daugelį metų kentėjusi del nosies užsikimšimo ir pūliavimo. Protarpiais užeidavę galvos skausmai ir vis didėdavę. Pacientei buvo padaryta keletas nesėkmingų vidurnosinių operacijų. Pageidaujanti radikalios operacijos, bet be išorinio įpjovimo.

Jai padaryta 1936 m. rugpjūčio 25 d. poantkaulinė operacija. Pašalinta kaktinė atauga, kaktinės daubos dugnas, jos glevinė bei akytinės ląstelės ir atidaryta priešakinė pleištinės daubos sienelė. Gerai gijo. Po dviejų mėnesių po operacijos nebebuvo jokių skausmų, jokio nosies užsikimšimo, nebebuvo matoma jokių polipų.

3 atsitikimas. Apyūmis sinusitas. Poantkaulinė kaktinė-akytinė pleištinė operacija. Highmor'o daubos atidarymas.

G. N., 27 m. moteris. Skundžiantisi galvos skausmais, trunkančiais jau 4 savaites. Konservatyvus gydymas (galvos tynės, keturi daubos plovimai) nesėkmingas. Skausmai vis didėję.

1937 m. gegužės m. 29 d. padaryta poantkaulinė operacija. Pašalintas kaktinės daubos dugnas; padarytas platus kelias susisiekti su nosies tuštymu. Akytinės ląstelės išvalytos. Pleištinė dauba atidaryta ir padaryta didelė anga į žandinę daubą. Po dviejų mėnesių pacientė sakosi nebeturinti daugiau galvos skausmų; zondas lengvai praeina į kaktinę daubą.

4 atsitikimas. Lėtasis pansinusitas. Poantkaulinė kaktinė-akytinė-pleištinė ir Caldwell-Luc'o operacijos.

G. J., 32 m. vyras. 6 mėnesius trunką skausmai plėtęsi aplink dešiniąją akį. Nesėkmingai buvęs pavartotas konservatyvus įprastas gydymas; pacientas skundęsis vis toliau; 20 sykių padaryti Highmor'o daubos išplovimai nepagydę: išeidavę tik dvokią pūliai. Rentgenograma parodė, kad paliestos dešinioji kaktinė, akytinė ir žandinė daubos. Pacientas nori išvengti išorinio deformavimo.

1939 m. kovo 1 d. padaryta poantkaulinė viršutinių daubų operacija. Kaktinės daubos dugnas labai masyvus; rasta daug pūlių, gleivinė sustorėjusi. Caldwell-Luc'o operacija. Labai kietas kaulas, maža žandinė dau-

ba ir didelis kraujavimas operaciją labai pasunkino. 1939 m. kovo 3 d. viršutinis vokas labai sutinęs; kovo 9 d. sutinimas praėjęs. Zondavimas ir praplatinimas buvo kartojamas 6 savaites po 3 kartus per savaitę. 8-tą savaitę po operacijos praėjimas pasidaręs geras, jokių skausmų.

5 atsitikimas. L ė t a s i s p a n s i n u s i t a s. Poantkaulinė kaktinė-akytinė-pleištinė ir Canfield'o operacija.

Z. A., 55 m. moteris. Smarkūs skausmai aukščiau dešiniosios akies. Konservatyvus gydymas, kaip praplovimai, buvęs nesėkmingas. Maži polipai dešinėje vidurinės landos pusėje. Rentgenas parodė neaiškius daubų šešėlius dešiniojoje pusėje.

1939 m. kovo 9 d. padaryta poantkaulinė operacija; masyvi kaktinė atauga sunkiai buvo šalinama. Prapjautas stambus kaktinis daubos dugnas, pašalintos akytinės ląstelės, atidaryta pleištinė dauba. Canfield-Sturman'o žandinės daubos operacija padaryta ne be techniškų sunkumų. Pooperacinis veido sutinimas ir karštis pasireiškęs pirmosiomis dienomis. Pagijo.

6 atsitikimas. L ė t a s i s e t h m o i d i t i s su ašarų maišelio pūliavimu. Poantkaulinė akytinės daubos ir ašarų maišelio operacija.

V. Ž., 23 m. moteris. Nosies užsikimšimas, ašarotekis ir kartotinės ašarų maišelio flegmonos. Tyrimas parodė, kad dešinysis nosies tuštymas pilnas pūlių ir, be to, ten pastebėti keli polipai. Pūliai eina iš nosies ašarų maišelio.

1939 m. lapkričio 26 d. padaryta ambulatoriniu būdu poantkaulinė operacija. Pašalinta viršutinio žandikaulio kaktinė atauga ir akytinės ląstelės; išpjauta ašarų maišelio medialinė sienelė (dacryocystorhinostomia). Gijimas ėjo be kliūčių ir, praėjus 3 savaitėms, žaizda visiškai užgijo. Jokio užsikimšimo, jokio ašarotekio, jokių polipų nesusidarė.

Santrauka.

Kaktinės-akytinės daubos gydymas yra gana sunki otolaringologijos problema. Vidurnosinės operacijos nėra pakankamai radikalios, o išorinės operacijos palieka išorinių žymių. Taikant poantkaulinę operavimo metodę, norima išvengti čia pažymėtų trūkumų. Nors ji daroma vartojant kitokią techniką ir viduryje nosies, ji vis delto turi daug bendro su moderniškos išorinės kaktinės-akytinės operacijos dėsniais, nurodytais W. H o w a r t h'o. Pašalinus daubos dugną, kaktikaulio nosinę ataugą (proc. nasalis ossis frontalis), viršutinio žandikaulio kaktinę ataugą (proc. frontalis maxillae superior.) ir akytines ląsteles, susidaro tuštymas, plačiai susisiekiąs su nosies vidumi, tuo būdu duodamas patogų kelią drenažui.

Poantkaulinės operavimo metodės technika: pjūvis išilgai apertura pyriformis. Minkštieji audiniai, dengią atitinkamą nosies pusę ir akiduobės viršutinę sienelę, su antkauliu atklojami ir atitraukiami specialiu kabliu, kol kaktinės daubos dugnas pasidaro visiškai laisvas. Antkaulinė-gleivininė skiautelė sudaroma, įpjaujant šonines nosies sieneles kaktinėse priešakinėse dalyse. Viršutinio žandikaulio kaktinė atauga pašalinama. Daubos dugno rezekcija padaroma aukščiau kaktikaulinės-žandikaulinės siūlės (sutura fronto-maxillaris). Tada tiesiog tiriamas daubos tuštymas. Jeigu tyrimo rezulta-

tai teigiami, daubos dugnas pašalinamas. Daubos gleivinės pašalinimas pareina nuo aplinkybių. Daugeliu atsitikimų galima sekti Howarth'o mintį ir apsaugoti gleivinės dalys. Viršutinis žandikaulio kaktinės ataugos rezekcija įgalina patogiai prieiti prie visų akytinių ląstelių, kurios galima radikaliai pašalinti. Prireikus, pleištinė dauba galima plačiai atverti. Pansinusito atveju žandinė dauba gali būti operuojama tuo pačiu būdu.

Padarytų 105 operacijų rezultatai patenkinami. Aptariamos įvairios poantkaulinės metodės modifikacijos.

Literatūra.

1. Baldenweck: „Tunisie méd.", 1933, 225.
2. Bedford-Russel: „J. of laryng. and otol.", 1935, 626.
3. Canfield: „Zbl. f. Laryng." 1911.
4. Frazer: „J. of laryng. and otol." 1935, 693.
5. Gill-Carey: „J. of laryng. a. otol.", 1936, 623.
6. Guns: „Comptes r. d. Séances de la Société Française d'O-R-L, congrès de 1936".
7. Hajek: „Mntschr. f. Ohrhkl.", LXX, 1936, 641.
8. Howarth: „J. of laryng. a. otol.", XXXVIII, 341.
9. Howarth: „J. of laryng. a. otol.", 1921, XXXVI, 417.
10. Howarth: „J. of laryng. a. otol.", 1936, 377.
11. Howarth: „Lancet", 1921, 744.
12. Howells: „J. of laryng. a. otol.", 1935, 625.
13. Jansen: „Ztschr. f. Hals-, Nas.-Ohrhlk.", 1922, III, 401.
14. Lynch: „Ann. of otol.", XXXVIII, 4.
15. Lowndes-Yates: „J. of laryng. a. otol.", 1935, 715.
16. Maduro: „Soc. franç. d'oto-rhino-laryng., congrès de 1936."
17. Matis: Über die Stirnhöhlenoperations vom Vestibulum nasi aus. „Ztschr. f. Hals-, Nas.- u. Ohrlk.", 1932, XXXII, 83.
18. Matis: „Comptes rendus des Séances de la Société Français d'Oto-Rhino-Laryngologie, congrès de 1934."
19. Matis: Indications et contrindications du traitement chirurgical des sinusites fronto-ethmoidales d'après le procédé sous-périostée. „Comptes rendus de Séances de la Société Française d'O-R-L, congrès de 1936."
20. Matis: Zur Chirurgie der Nasennebenhöhlen, speziell bei Pansinusitis. „Ztschr. f. Hals-, Nas.- u. Ohrhlk.", 1933, XXXII, 527—543.
21. Matis: Téchnique de la méthode opératoire sous-périostées endo--externe des sinusites fronto-ethmoidales. „Rev. de laryng. otol.", 1938, LVIII, 766.
22. Matis: Subperiostalnije operacii, novyj operativnyj princip v otorinologii. „Žurn. ušn., nos. i gorl. bol.", 1936, 378.
23. Matis: O novom sposobe operacii lobnoj pazuchi i etmoidalnych klietok i jevo praktičeskom primenenii (subperiostalnyj metod). „Zborn. trudov sjezda oto-lanring.". Mai 1935."
24. Matis: Die subperiostale vestibulo-nasale Operationsmethode, ein neues operatives Vorfahren der Nasennebenhöhlen. „Mnschr. f. Ohrhlk.". 1934, LXVIII, 307—318, 427—438.
25. Matis: Le traitement chirurgical du sinus frontal et des celules ethmoidales d'apres la méthode sous-périostée. „Ann. d'oto--laryng.". 1936, 691—704.

26. Matis: Über die endonasale probatorische Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand. „Mntschr. f. Hhrhlk.“, 1936, LXX, 656.
27. Matis: The principles of modern fronto-ethmoidal and the subperiostal method. „J. of lar. a. otol.“, 1939, LIV, 649.
28. Seifert: „Mntschr. f. Ohrhlk.“, 1932.
29. Smith: „J. of. laryng. a. otol.“, 1935, 604.
30. Sturman: „Berl. klin. Wschr.“, 1932.
31. Vacher et Denis: „Méd. Par.“, 1921—1922, 232.
32. Watson-Williams: „J. of laryng. a. otol.“, 1935, 626.
33. Zubkus, J.: Highmoritides. „Medicina“ XIII, 1932 m. lapkričio mėn., 721.

Summary.

The subperiosteal method, although carried out by another technique and intranasally, has much in common with the principles of the modern fronto-ethmoidal method as developed by Mr. W. Howarth. By removing the sinus floor, the nasal process of the frontal bone, the ascending process of the superior maxilla and the ethmoidal cells, a cavity results which is one with the frontal sinus and draining this into the nose by a large channel. This is attained as follows: A curved incision is made along the border of the pyriform aperture. The soft tissue covering the corresponding half of the nose and upper wall of the orbit are elevated subperiosteally and retracted with special hooks until the floor of the frontal sinus is quite free. A flap of muco-periosteum is formed by carrying an incision from the fronto-anterior parts of the lateral nasal wall. The ascending process of the superior maxilla is removed. The exploratory opening of the sinus floor is made above the fronto-maxillary suture. The cavity of the sinus is then directly inspected. When findings are positive, the sinus floor is removed. The removal of the sinus mucosa depends on circumstances. In many cases the Howarth idea of preserving parts of the mucous membrane can be followed. The resection of the frontal process gives a good approach to all the ethmoidal cells which can be radically removed. If necessary, the sphenoidal sinus can be widely opened. In cases of pansinusitis the maxillary sinus can be operated on by this same approach.

The practical results of this operative method based on 105 cases have been very satisfactory. Only a brief description of the various modifications employed by the author is given here.

Gyd. Z. Sabataitis.

Partus praematurus et ileus partialis atsitikimas.

(Liet. Raud. Kryž. moterų ligoninė ir V. D. Un-to akušerijos ir ginekologijos klinika. Vedėjas ir direktorius prof. med. dr. P. Mažylis).

Graviditas ir kartu ileus priklauso prie tų retų atsitikimų, kurie yra verti dėmesio. Tokio ligonio liga nėra lengva diagnozuoti, ypač, kai kartu su gimdymu įvyksta ir dalinis ileus, kaip kad žemiau aprašytu atsitikimu. Suprantama, kad esant neaiškiai diagnozei yra nelengva ir terapija skirti.

Aiškumo dėliai pateikiame ligos istorijos ir terapijos santrauką.

Ligonė A. B., 27 metų amžiaus, atvyko į ligoninę 1939 m. VII. 26 d., 19 val. 30 min.

N u s i s k u n d i m a i. 5 dienos, kai skauda visi viduriai; ligonė tarpais vemia, per tą laiką nesituštinusi. Esanti 7½ mėnesio nėščia ir užeina net gimdymo skausmai.

A n a m n e z ė. Prieš 3 metus buvusi daryta apendicito operacija, kuriuo prieš tai sirgusi keletą metų su pertraukomis. Operacija, pasak ligonės, buvusi daryta chroniškoje ligos stadijoje. Po operacijos visą laiką buvusi sveika, nieko neskaudėję, vidurių išsituštinimas buvęs normalus.

Dvejus metus esanti ištekėjusi. Prieš 7½ mėnesio pastojusi. Pastojusi I kartą. Nėštumas iki šios ligos praėjęs nesunkiai; kartais pasidarydavę pikta ir versdavę vemti. Liga prasidėjusi gana ūmai. Aštuntą nėštumo mėnesį atsiradę skausmai pokrūtininėje duobutėje ir kairiajame vidurių šone. Ką suvalgius išvemdavusi, viduriai pradėję nesituštinti. Atsiradę ir reti gimdymo skausmai. Apskrities ligoninėje išgulėjusi 5 dienas, o iš ten atvyko į kliniką.

S t a t u s p r a e s e n s: Ligonė nedidelio ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, vidutinės mitybos, kiek išblyškusi. T-ra 37,7°; tvinksnis 82 per min., gero prisipildymo. Gimtuvės dydis atitinka 7½ mėn. nėštumą. Paširdžio (epigastrium'o) srityje viduriai išsipūtę ir kairėje pusėje skaudūs. Gimtuvės kaklelis tiriamas rastas atsidaręs per 1 pirštą. Kūdikio galvutė išsikišusi. Amnioniniai vandenys nenuėję. Gimdymo eiga jau prasidėjusi, bet skausmai maži ir reti.

Šlapimuose rasta indikano, pavienių eritrocitų ir leukocitų; visa kita n. ypatingo.

O b s e r v a t i o. Po klizmos viduriai nesituštino. Kartais atsiriaugia ir tąso vidurius. Po keleto valandų pastebėta žarnų peristaltika. Po 17 valandų pastebėta, kad dujos išeina. Viduriai mažiau išsipūtę. T-ra 37,8°; tvinksnis apie 100 per minutę. Kūdikio tvinksnis geras. Gimdymo skausmai užeina reti ir maži. Gimdymas pirmyn nepažengė. Nutarta vis tik pagreitinti gimdymo eigą konservatyviomis priemonėmis: duota thymofisin'o 1 ampulė. Vieną valandą gimdymo skausmai buvo geri. Po to vėl liovėsi. Gimdymas pirmyn nepažengė. Pakviestas konsultacijai chirurgas, nes įtarta ileus. Nutarta toliau stebėti. Po 30 valandų nuo ligonės atvykimo status idem, tik tvinksnis dažnėja. Išplovus skrandį, išėjo nedaug žalios spalvos masių. Padarius klizmą, išėjo nedaug išmatų. Ligonės stovis nepagerėjo. Pakviestas antrą kartą chirurgas. Del įtartino ileus'o ir lėtos gimdymo eigos nutarta daryti sectio caesarea ir kartu virškinamojo trakto revizija.

O p e r a t i o. Bendrinėje narkozėje, pjūviu per lineam albam, tarp umbilicus ir symphysis, atidaryta pilvo danga. Patologiškų pakitimų nepastebėta. Padaryta sectio caesarea transperitonealis cervicalis tipišku būdu. Po to apžiūrėtos žarnos. Laibosios žarnos rastos išsipūtusios, bet jų peritoneum'as gyvas. Vėdarinių žarnų srityje, ties flexura lienalis, rasta staigus persilenkimas ir suaugęs colon transversum su colon descendens į nedidelę kilpą. Toje vietoje ir buvo dalinis ileus. Be to, rasta apie 15 cm ilgio támpa (bryda), kuri ėjo nuo coecum įstrižai į flexura lienalis colonis ir tempdama sudarė minėtoje vietoje kilpą. Toje vietoje buvo kiek priaugęs prie žarnų ir omentum. Suaugimai atpalaiduoti, támpa (bryda) pašalinta. Žarnų išsipūtimas tuojau atsileido. Pilvo danga užsiūta tipiškai pasluoksniais, aklinai. Operacijos metu ligonė gerokai kraujavo ir blogai alsavo. Po operacijos padaryta transfusio sanguinis. Po 20-ties dienų ligonė pasveikusi išsirašė.

Iš to, kas aprašyta, norėčiau pabrėžti keletą būdingų ligos momentų:

1. Esant nėštumui ir daliniam ileus'ui, gana sunku nustatyti diagnozė, ypač kai tuo pačiu metu prasideda ir gimdymo procesas. Ir normalaus gimdymo metu kartais būna vėmimų

ir žarnų išsipūtimų, žinoma, be peristaltikos ir antiperistaltikos.

2. Refleksiškas žarnų veikimas gimtuvei (o gal, net ir priešingai). Kai del nepraeinamumo žarnų peristaltika sustiprėjo, galėjo atsirasti ir gimtuvės susitraukimai. O tat sukėlė priešlaikinį gimdymą. Žarnų peristaltikos veikimą gimtuvei mes žinome jau iš praktikos. Ir kai norime sukelti stipresnes gimdymo pastangas, klizmos pagalba stengiamės sužadinti didesnę žarnų peristaltiką. Mokslišką pagrindą tam teikia mokslininkai Arbeli, Spiegel, Langley ir kiti.

3. Įdomūs pooperaciniai tolimų žarnų segmentų suaugimai per 15 cm ilgio támpą (brydą), kuri, gimtuvės tempiama, ir galėjo sukelti ileus'o reiškinius.

4. Minėtas atsitikimas priklauso prie retesniųjų, nes literatūros duomenimis ileus su nėštumu būna arba 4—6 nėštumo mėnesyje, arba pačioje nėštumo pabaigoje (Zvierev). Be to, kartotinai gimdančioms ileus būna dažniau, negu pirmą kartą gimdančioms.

5. Gana sunkus terapijos klausimas, kai prie dalinio ileus'o prisideda ir gimdymo eiga. Gesse ir kiti chirurgai siūlo pirmiausia pašalinti ileus'ą, o akušeriai - ginekologai, kaip, pvz., Skrobansky, siūlo pirmiau baigti gimdymą. Suprantama, kad vienų ir kitų siūlymai turi tam tikrą pagrindą, atsižvelgiant į ileus'o formą: visiškas ar dalinis, kuriame nėštumo mėnesyje tai vyksta ir ar yra prasidėjęs gimdymas. Trečioji terapijos forma — operacija, atliekama vienu kartu, būtent: sectio caesarea ir ileus'o pašalinimas. Šita terapijos forma, suprantama, yra visų sunkiausia, nes ir, be to, bendrinis mirtingumas siekia 77% (Handorn). Bet jei yra prasidėjęs gimdymas, kurio mes konservatyviomis priemonėmis negalime baigti, o kūdikis, numanu, kad gali būti gyvybingas ir yra patenkinamas bendrinis ligonės stovis, tai galima imtis ir šitos trečiosios terapijos formos, kaip kad buvo padaryta aprašytu atsitikimu.

Literatūra.

1. Gesse, Girgolav ir kiti: Častnaja chirurgija.
2. Prof. Skrobanski: Učebnik akušerstva.
3. Prof. Staeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.
4. Gos. centr. naučno-issledovatelnij akušersko-ginekologičeskij institut. Sbornik naučnych trudov, tom V.

Zusammenfassung.

Der hier beschriebene Fall partus praematurus 7½ Monat et ileus partialis, der mit einem Male sectio casarea et laesio adhesionum flexurae lienalis colonis gemacht wurde. Die Kranke wurde über 20 Tagen gesund.

Gyd. A. Gulbinas.
Odos ir Vener. ligų klin. vyr. asist.

Įstatymo kovai su veneros ligomis socialinė reikšmė.*)

Veneros ligos užkrečiamųjų ligų tarpe socialiniu atžvilgiu užima bene svarbiausią vietą. Sifilio ligos pradžia ir eiga nėra audringos ir dažnai ligonis nekreipia į tai dėmesio. Del to yra atsitikimų, kad vienas šeimos narys apkrečia visą savo šeimą. Venerinių ligų komplikacijų dėka daug jomis persirgusių vyrų ir moterų lieka bevaikiai. Sifiliu sergančios nėščios moterys dažnai persileidžia; jei išnešioja iki galo ir pagimdo, tai jų kūdikiai esti silpni ir daug jų išmiršta. Apsunkinti paveldėtu sifiliu žmonės kenčia įvairius negalavimus, nes paveldėtas sifilis labai sunkiai pasiduoda gydomas. Veneros ligos yra viena iš rimčiausių priežasčių tautoms degeneruotis ir išnykti. Todėl kiekvienas veneros ligomis sergąs ligonis nusikalsta ne vien savo sveikatai, bet šeimai ir visai tautai.

Deja, daug ligonių šito didžiausio pavojaus sau ir kitiems neįvertina.

Statistikos duomenys rodo, kad veneros ligos daugiausia yra paplitusios dideliuose, tirštai žmonių gyvenamuose, miestuose ir uostuose, būtent, ten, kur yra didelis žmonių judėjimas. Mažai kultūringas valstybes veneros ligos vargina mažiau. Tačiau nėra pasaulyje valstybės, kurioje nebūtų venerinių ligų, todėl ir kova su jomis visur yra aktuali.

Lietuvoje prieš didįjį karą kaimas daug kur venerinių ligų visai nežinojo. Jei būta susirgimų, tai tik didesniuose miestuose. Didžiojo karo metu mūsų miestai virto veneros ligų koncentruotais židiniais.

Po didžiojo karo mūsų tauta pradėjo greitai kultūrėti, tarp kaimų ir miestų visuomenės susidarė artimesnis sąlytis. Dėka to venerinės ligos pradėjo smarkiai plisti ir kaimuose.

Kova su venerinėmis ligomis greitu laiku virto labai aktualiu klausimu. Įvairios priemonės prieš venerines ligas pasirodė mažai sėkmingos. Sveikatos Departamento kas metai leidžiamose Lietuvos viešosios sveikatos apžvalgose randame venerinėmis ligomis susirgimų duomenis, kurie rodo, kad kova su venerinėmis ligomis reikalinga sustiprinti. Sveikatos apžvalgoje venerinių ligų vedama statistika, gal būt, nėra tikslį, tačiau ir ji parodo venerinių ligų plytėjimo eigą. (Žiūr. 1 lent.).

Į šią statistiką neįeina ligonių kasose ir kariuomenėje įregistruotieji susirgimai. Statistika rodo, kad naujų susirgimų sifiliu kas metai įregistruojama beveik vienodai, gi triperio susirgimų skaičius kas metai progresyviai didėja.

*) Pranešimas skaitytas 1940. III. 12 d. Liet. Dermatovenerologų draugijos susirinkime.

I-oji lentelė.

Metai	Sifilis				Triperis				Ulcus molle			
	Vyrų	Moterų	Vaikų	Iš viso	Vyrų	Moterų	Vaikų	Iš viso	Vyrų	Moterų	Vaikų	Iš viso
1927	815	476	—	1.191	906	224	—	1.130	34	4	—	38
1928	1.275	867	38	2.179	1.397	403	6	1.806	50	15	—	65
1929	1.020	677	52	1.749	1 333	293	11	1.537	41	7	—	48
1930	1.116	751	38	1.905	1.735	439	10	2.184	42	8	—	50
1931	891	916	28	1 835	1.664	294	5	2.063	25	1	—	26
1932	979	684	34	1.697	1.894	375	2	2 071	38	1	—	39
1933	840	669	39	1.548	1.870	473	4	2.347	21	2	—	23
1934	803	578	40	1.421	2 271	522	19	2 812	20	—	—	20
1935	851	787	38	1.671	2.55[illegible]	747	42	2 339	14	1	—	15
1936	1.107	929	62	2.098	3.107	966	37	4.110	30	3	—	33
1937	907	780	46	1.733	3.410	993	51	4.454	392	38	—	430

Griežtų priemonių kovai su šita socialine nelaime leido imtis 1930 metais išleistas įstatymas kovai su venerinėmis ligomis Lietuvoje. Panagrinėkime svarbesniuosius šito įstatymo nuostatus.

2 § sako: „Žmogus, kuris serga apkrečiamosios stadijos venerine liga, turi gydytis. Tėvai ir globėjai turi rūpintis gydymu savo vaikų ir globotinių, kurie serga venerinėmis ligomis“.

Apkrečiamosios stadijos sąvoka turėtų būti apibrėžta. Galima manyti, kad apkrečiamoji stadija baigiasi kartu su pūliavimo ir išbėrimų pranykimu ar seroreakcijų perėjimu iš teigiamų į neigiamas.

Ligonis įpareigojamas gydytis tik apkrečiamoje ligos stadijoje. Pasibaigus apkrečiamajai stadijai, ligonis, kad ir reikalingas tolimesnio gydymo, gali nesigydyti ar gali būti negydomas. Kad gydymas būtų sėkmingas ir ligonį apsaugotų nuo ligos komplikacijų ir vėlybų pasėkų, į apkrečiamosios stadijos sąvoką turi įeiti visas gydymo ir po jo ligonio observacijos laikas.

Pradėjus gydymą, pvz., sifilio pirminiai ir antriniai ligos reiškiniai greitai praeina, ligonis jaučiasi visai sveikas ir del to tolimesniu gydymu gali nesirūpinti.

Užtai įstatymo 4 §-as įpareigoja gydytoją paaiškinti ligoniui ar jo globėjui ligos pobūdį ir reikalingumą gydytis tol, kol bus neapkrečiamas. Kad ligonis geriau galėtų suprasti ir įsisąmoninti, gydytojas turi duoti jam ar jo globėjui tam tikrą spausdintą venerinių ligų aiškinamąjį lapelį.

3 §-as sako: „Venerinius ligonius gydyti tegali tik gydytojas“. Venerinis ligonis gydyti tegalima tik apžiūrėtas“. Šitas paragrafas draudžia venerinius ligonius gydyti felčeriams

ir šundaktariams, kurie neretai ligonius išnaudoja, gydydami dažniausiai vilkina tik ligą ir sulaukia įvairiausių komplikacijų. Nepaisant draudimo felčeriai iki šiol šitos rūšies praktika verčiasi. 1938 metais pas mane buvo atvykęs ligonis, sergąs gonorėja, kuris felčerio buvo gydytas 2 mėn. santal-monal'ium. Atsiradus skausmams inkstų srityse, ligonis susirūpino ir perėjo gydytis pas mane. Kuris felčeris gydė, iš ligonio susekti nepavyko.

1939 metų rudenį Dermatovenerologų draugijos susirinkime buvo demonstruotas ligonis, sergąs polyneuritis ex uso ulironi, kuriam felčeris buvo įdavęs 240 tabl. ulirono be jokios pertraukos. Ligonis buvo gydytas nuo gonorėjos, bet nenustačius mikroskopinės diagnozės. Ligos diagnozės nustatymas yra tiek pat svarbus, kaip ir pats venerininko gydymas. Nenustačius diagnozės, pradėtas gydymas turi būti laikomas dideliu nusižengimu, nes nevenerininkui ligoniui pripuolamai primesti veneros ligą, pvz., sifilį, būtų jam didžiausia moralinė ir materialinė bausmė. Užtai įstatymo 3 §-as reikalauja, kad venerinis ligonis gydyti tegalima tik apžiūrėtas, suprantama, tik nustačius diagnozę. Šituo paragrafu saugojami ligoniai nuo netikslaus gydymo ir pasitaikančių išnaudojimų.

Nustatęs diagnozę, gydytojas turi vykdyti 4 §-o 3 str., kuris sako: „Išklausti ligonį, kas jį venerine liga yra apkrėtęs ir sužinotą jo apkrėtėją pranešti apskrities arba miesto gydytojui, nurodant apkrėtėjo vardą, pavardę ir adresą". Tuo būdu gydytojas įpareigojamas susekti veneros ligų platinimo šaltinius.

Apkrėtimo šaltinis kaimuose, provincijos miesteliuose išaiškinti nėra sunku, nes žmonės yra pastovūs gyventojai ir vieni kitus gerai pažįsta. Miestuose, kur apsikrečiama venerinėmis ligomis pas gatvės mergaites restoranuose, kavinėse ar viešbučiuose, dauguma ligonių buvę girti ir pripuolamai su jomis susitikę, jų nepažįsta, ir apkrėtimų šaltinių dažniausiai iš ligonių išklausti nepavyksta. Didžiausios svarbos apkrėtimų šaltiniai pas gatvės merginas dažniausiai lieka neišaiškinami, nes ligoniai negali ar nenori nurodyti asmens, nuo kurio jie yra apsikrėtę.

5 §-as: „Gydytojas, kuris gydo žmogų, sergantį apkrečiamosios stadijos venerine liga, turi apie tokį žmogų pranešti, nurodydamas jo vardą, pavardę ir adresą, apskrities arba miesto gydytojui, jei tas žmogus: 1) nutraukė gydymąsi pas gydytoją, to gydymosi nebaigęs; 2) nelaiko gydytojo jam duodamų nurodymų; 3) del savo profesijos, užsiėmimo ar darbo gali lengvai apkrėsti kitus".

Šito paragrafo 1 ir 2 straipsniais uždedama gydytojui pareiga per valdžios gydytoją paraginti ligonį gydytis ir vyk-

dyti gydytojo nurodymus; leidžia gydytojui vykdyti nustatyto gydymo planą ir pašalinti pavoju apkrėsti sveikus.

Šitas paragrafas turėtų didžiausios reikšmės, jei būtų stropiai vykdomas. Apie nutrauktą gydymą pranešama valdžios gydytojui, bet nevisuomet sulaukiamas atsakymas apie ligonio suradimą ir gydymąsi. Dažniausiai kartu su ligoniais dingsta be žinios ir pranešimai. Daugelio ligonių nesurandama. Daug ligonių, sergančių venerinėmis ligomis, savo tikros pavardės nesako. Gydytojas, nenorėdamas, kad nukentėtų jo privati praktika, užrašo savo knygoje ligonio slapivardę, nes, pareikalavus pasą, ligonis gali nueiti ten, kur paso nereikalauja.

Del to valdžios gydytojas pranešimų apie nutrauktą gydymą iš privačių gydytojų gauna retai. Valdžios gydytojai venerinius ligonius liečiančius pranešimus gauna beveik tik iš venerinių ambulatorijų ar lgoninių vedėjų.

6 §-as sako, kad: „Apskrities ar miesto gydytojas turi teisę pareikalauti iš žmogaus, kurį iš nurodyto § 4 gydytojo pranešimo arba iš kito patikimo neanoniminio pranešimo įtaria sergant venerine liga, kad jis pristatytų iš gydytojo savo sveikatos liudijimą".

Valdžios gydytojas, gavęs pranešimą, įtariamam asmeniui siunčia raginimą, kad patikrintų sveikatą, ar serga įtariama venerine liga. Jei per skirtą laiką įtariamas asmuo liudijimo nepristato, tai valdžios gydytojas gali vartoti prievartą per policiją.

Kauno miesto gydytojas per 1935—38 metus, pasirėmęs įstatymu kovai su venerinėmis ligomis, reikalavo patikrinti sveikatą 337 asmenų. Iš jų 37 asmenims reikėjo panaudoti prievarta. Dauguma asmenų valdžios gydytojų įpareigojimus stengėsi įvykdyti laiku.

9 §-as: „Įtariami sergą venerinėmis ligomis asmenys iš jų reikalaujamus liudijimus gali gauti pas privačius gydytojus už atlyginimą, arba valstybės ir vietinių savivaldybių laikomose gydyklose nemokamai".

Valdžios laikomose gydyklose nemokamai tikrinami, ar serga venerinėmis ligomis, visi, kurie prašosi patikrinti. Nemokamas leidimas tikrinti sveikatą turi labai didelę socialinę reikšmę, kovojant su venerinėmis ligomis, nes visi turi galimumo išsiaiškinti savo sveikatos stovį ir, susekus ligą, laiku pradėti gydytis. Įtariamo asmens ištyrimas turi būti vispusiškas ir pakankamas.

Išduodami sveikatos liudijimai turi būti pagrįsti objektyviais ir kartotiniais tyrimų duomenimis. Deja, daug yra atsitikimų, jog įtariamas asmuo atsiunčia sveikatos liudijimą, kad pas jį venerinės ligos nerasta. Tuo tarpu sergąs ligonis pasisako, kad tikrai jis yra apsikrėtęs. Paprašius kartotinio svei-

katos liudijimo, gaunamas atsakymas, kad įtariamas asmuo tikrai serga venerine liga. Sveikatos liudijimai, nepagrįsti pakankamais tyrimų duomenimis, padeda nuslėpti sunkiai išaiškinamus veneros ligų platinimo židinius ir kompromituoja tokius liudijimus duodančius gydytojus.

Jei ligonis nutraukia gydymą, jo nebaigęs, tai valdžios gydytojas turi teisę pagal 6 §-o str. pareikalauti ligonį, kad jis gydytųsi, ir pagal 4 str. priverstinai gydyti žmogų, kuris, pareikalautas, kaip nustatyta 5 §-o 2 str. gydytis, nesigydo, jei tasai žmogus serga apkrečiamosios stadijos venerine liga. Šitas reikalavimas praktikoje yra labai sunkiai vykdomas, nes dažnai daug laiko praeina ir didelė susirašinėjimų byla susidaro, kol pagaliau ligonis surandamas. Beieškant ligonį per policiją, neretai paaiškėja ligonio ieškojimo priežastis, kas sudaro daug nemalonumų ligoniui ir jį gydžiusiam bei apie jo gydymo nutraukimą pranešusiam gydytojui.

Įstatymas kovai su venerinėmis ligomis reikalauja, kad susirašinėjimai, liečią venerinius ligonius, būtų atliekami slaptai, todėl ir policija, vykdydama įstatymo 6 §-ą, turėtų stropiau išlaikyti paslaptį.

Vengiančius gydytis ligonius valdžios gydytojas policijos pagelba gali paguldyti į valstybinę veneros ligų ligoninę ar savivaldybės ligoninę ir ten gydyti. Tai žinodami ligoniai, ypač tvarkingesnieji, stengiasi gydytis, o persikėlę pas kitą gydytoją, stengiasi išgauti iš jo pažymėjimą, kad tęsia gydymą, kurį pristato pirmajam gydytojui. Visi susirašinėjimai vedami slaptai ir paslaptis iki policijos intervencijos yra išlaikoma. Yra ligonių neklaužadų, kuriems jokie paraginimai ir vartojama prievarta nieko nereiškia. Tokiems ligoniams tvarkyti įstatymas turėtų numatyti griežtesnių priemonių. Išaiškinti apkrėtimo šaltinis ar surasti nutraukęs gydymą ligonis valdžios gydytojams neretai yra gana sunku ir pareikalauja daug pastangų.

Nuo 1935. X. 2 d. iki 1939 m. XI. 30 d. Kauno apskrities gydytojas pagal įstatymo kovai su venerinėmis ligomis yra gavęs 295 pranešimus. Iš jų del gydymo nutraukimo buvo lues'u sergančiųjų 106, gonorėja — 111; lues'o apkrėtimų šaltinių — 11, gonorėjos — 67. Pagal pranešimus iš 295 nesurasta sergančiųjų lues'u — 17, gonorėja — 23, iš viso 40 asmenų. Vadinasi, pagal pranešimus pavyko surasti ir išaiškinti 84,7% ir nesurasta 15,3%. Kiek vargo turi valdžios gydytojai, atlikdami ieškojimus, vaizduoja Kauno miesto gydytojo veikla, kovojant su veneros ligomis Kauno mieste (žiūr. II lent.).

Lentelėje matyti, kad iš gydytojų gaunamų pranešimų skaičius kas metai mažėja. Pranešimai ir įskundimai daugiau liečia moteris, negu vyrus.

II-oji lentelė.

Eil. nr.	Gauta pranešimų. išsiųsta paraginimų ir atlikta su ligoniais kitų veiksmų	Nuo 1935. X. ir 1963m.	1937 m	1938 m.
1	Gauta pranešimų raštu	605	234	197
2	„ „ liečiančių vyrus	350	92	81
3	„ „ „ moteris	366	177	116
4	„ „ „ vaikus	5	—	—
5	„ „ dėl lues'o	483	149	90
6	„ „ „ gonorėjos	197	113	103
7	„ „ „ ulcera molia	2	7	4
8	„ „ netikrų įskundimų	34	43	20
9	Dėl gydymo nutraukimo	423	158	118
10	„ apkrėtimų šaltinių išaiškinimo	148	33	59
11	Laiškų, užklausimų išsiuntinėta	644	254	187
12	Grįžo laiškų, nesuradus adresatų	200	71	44
13	Ieškota per adresų biurą	231	56	68
14	„ „ policiją	164	140	32
15	Atvaryta varu	1	13	13
16	Nusiųsta į Alytaus ven. ligų ligoninę	7	5	4
17	Nesurasta nei per biurą, nei per policiją . . .	50	52	26
18	Pranešta, kad gydosi	160	126	88
19	Išsigydė ir pristatė gydytojo pažymėjimą . . .	57	24	40
20	Mirė	—	-	1

Pagal pranešimus Kauno mieste, dedant visas pastangas, surasta ir išaiškinta 87,7%, nerasta 12,3%.

Pagal 4 §-o 3 str. ir 5 §-ą gavus pranešimus, nutraukusiems gydymą ar įtariamam asmeniui siunčiamas raginamas laiškas, kad tebetęstų gydymą ar patikrintų sveikatą ir pristatytų sveikatos liudijimą. Jei laiškas adresato neranda, tuomet ieškoma adresų biure ir suradus vėl siunčiamas raginimas. Jei į laišką per dvi savaites neatsako, tai apie tokį asmenį siunčiamas raštas policijai, kuri, suradusi nurodytą asmenį, turi pristatyti į ligoninę gydytis, ar į veneros ligų ambulatoriją sveikatos patikrinti. Neklaužadas, t. y. kartotinai ieškomus ligonius, valdžios gydytojas siunčia gydyti į valst. veneros ligų ligoninę. Moterų, užsiimančių prostitucija, miesto gydytojui esą žinoma apie 200. Yra sudaryti prostitučių sąrašai pagal nuovadijas, kuriose jos gyvena. Sąrašų nuorašai yra siunčiami K. M. Sav. veneros ligų ambulatorijai atitinkamoms nuovadijoms.

Jų sveikata tikrinama K. M. Sav. ambulatorijoje 2 kartus per mėnesį. Jei anksčiau užsiėmusi prostitucija moteris gyvena tik su vienu vyru, tai tokia moteris nuo sveikatos tikrinimo 2 kartus per mėnesį atleidžiama.

Kauno miesto ir apskrities gydytojų pareiškime pranešimai gaunami daugiausia iš ambulatorijų ir ligoninių vedėjų. Labai retai gaunama iš privačių gydytojų. Ligoniai, kurie

gauna paraginimus, paskutiniu laiku daug greičiau reaguoja ir rečiau tenka imtis prievartos priemonių.

7 §-as: „Veneriniams ligoniams gydytis valstybė ir vietinės savivaldybės steigia ligoninių ir kitokių gydyklų“. Lietuvoje prieš įstatymą išleidžiant buvo valstybinė veneros ligų ligoninė Alytuje su 50 lovų, Valstyb. Kauno ligoninėje 15 lovų skyrius ir d-ro Basanavičiaus Karo ligoninėje veneros ligų skyrius.

Karo ligoninėje gydomi kariuomenėje tarnaują venerininkai ir vienas kitas iš civilių kariuomenės tarnautojų. Įstatymo taisyklėse reikalaujama, kad savivaldybių ligoninėse turi būti paskirta po keletą ar keliolika lovų venerininkams gydyti.

Kiekviename apskrities mieste steigiama prie apskrities ar miesto ligoninės arba atskira veneriniams ligoniams gydyti ambulatorija. Be to, kiekviename apskrityje turi būti įsteigta po ambulatoriją miestuose ir miesteliuose, kad apskrities gyventojams būtų iki jų ne toliau kaip 20 km.

Ambulatorijas steigia ir išlaiko apskrities savivaldybės, pirmaeiliuose miestuose — miestų savivaldybės. Veneriniams ligoniams gydyti gydyklų steigimo eigą vaizduoja III lentelė.

III-oji lentelė.

Metai	1926	1927	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937
Ambulatorijos . .	7	8	10	10	10	12	32	37	38	52	59

Venerinių ligų ambulatorijos gali būti sujungtos su kitų ligų ambulatorijomis. Be čia išvardintų ambulatorijų, šiuo metu provincijoje veikia apie 200 sveikatos punktų, kuriuose gydomi ir veneros ligomis sergą ligoniai.

8 §-as: „Valstybės ir vietinių savivaldybių laikomose gydyklose veneriniai ligoniai gydomi nemokamai. Taip pat nemokamai šitose gydyklose tikrinami, ar serga venerinėmis ligomis visi tie, kurie prašosi patikrinami“.

Venerinių ligų ligoninių, skyrių, ambulatorijų ir sveikatos punktų vedėjai, apskrities ir miestų gydytojai gali siųsti ambulatorinius ligonius ar iš jų paimtas medžiagas į Valst. Higienos Institutą, Kaune, kuris tiria ir duoda gautų rezultatų atsakymus nemokamai. Įvedus nemokamus tyrimus, Higienos Institute tyrimų skaičius žymiai padidėjo ir kas metai progresyviai didėja. Higienos Instituto atliekamą darbą kovoje su venerinėmis ligomis matome IV ir V lentelėse (žiūr. IV ir V lenteles).

IV-oji lentelė.

Metai	TYRIMAI: Kraujas: WR skaičius	Kraujas: Gauta litų	Kraujas: Padaryta gratis lt	Kraujas: B-G. skaičius	Kraujas: Gauta litų	Kraujas: Padaryta gratis lt	Lyties organų opos: Tyrimų skaičius	Lyties organų opos: Gauta litų	Lyties organų opos: Padaryta gratis lt	Uretros sekretas: Tyrimų skaičius	Uretros sekretas: Gauta litų	Uretros sekretas: Padaryta gratis lt
1934	7.387	58.703,5	—	336	2.690	—	150	1.182	—	784	3.136	—
1935	9.834	42.592	14.706	726	2.799	2 799	189	607	136	842	2.254	225
1936	14.862	14.958	72.215	2.097	1.913	10.315	205	274	526	874	944	1 638
1937	17.062	13,208	86.660	2.101	1.512	10.871	549	372	1.084	1.240	834	2.818
1938	18.382	13.094	93 658	2.323	1.307	12.40[illegible]	231	175	709	1.224	590,5	3.062

V-oji lentelė.

Metai	Liquor cerebrospinalis tyrimai: WR skaičius	Gauta litų	Padaryta gratis lt	Nonne reakcijų	Nonne-Apelta citologiškų tyrimų skaičius	Gauta litų	Padaryta gratis lt	Bakter. citolog. tyr. sk.	Citolog. tyr. sk.	Gauta litų
1933	66	—	—	23	—	—	—	57	—	—
1934	174	1362	—	—	—	—	—	—	79	307
1935	126	486	264	—	32	11	210	—	—	—
1936	297	101	1.673	—	50	56	180,5	—	—	—
1937	373	87	2.148	—	88	—	616	—	—	—
2928	397	85	2.290	—	102	49	647	—	—	—

Ketvirtoje lentelėje matyti, kad kraujo tyrimų skaičius kas metai didėja. Prieš įstatymą išleidžiant, kraujo WR tyrimas buvo apmokamas, del to biednuomenė nevisuomet galėdavo kraujo WR del lėšų stokos ištirti. Leidus nemokamai tyrinėti kraujo WR, gydymo metu dabar dažniau ji tikrinama, kas turi didelės reikšmės gydymo plano vykdymui.

Lytinių organų opų tyrimai, prieš ir po įstatymą išleidžiant, iš lėto, bet progresyviai daugėja. Maksimalus opų tyrimų skaičius buvo 1937 metais. Šitas opų tyrimų padaugėjimas tenka aiškinti 1937 m. epidemiškai paplitusiu ulcus molle. 1938 metais žymiai sumažėjo šitos ligos skaičius, todėl ir tyrimų skaičius vėl sumažėjo. Uretros sekreto tyrimų skaičiaus didėjimas progresuoja kartu su iki šiol nebesustabdomu gonorėjos plitimu. Valstybiniame Higienos Institute per paskutinius 3 metus (žiūr. IV ir V lent.) padaroma vidutiniškai už 101.437 litus neapmokamų analizių, kas sudaro gana didelę Valstybės iždui naštą.

Venerinių ligų gydykloms laikyti ir jose nemokamai venerininkams gydyti apskričių bei miestų savivaldybės lėšų gauna iš Valstybės iždo. Vaistus veneriniams ligoniams, gydomiems ambulatorijose ar ligoninėse, savivaldybės duoda nemokamai iš Sveikatos Departamento nustatyto sąrašo. Dozuotus vaistus duoda ambulatorijos ar ligoninės, o rengiamus pagal receptus — savivaldybių ar privatinės vaistinės, kurioms už vaistus sumoka ligoninę ar ambulatoriją laikanti apskrities ar miesto savivaldybė. Sveikatos punktų, veneros ligoninių ir ambulatorijų vedėjai už venerininkų gydymą gauna atlyginimą iš apskričių ar miestų savivaldybių. Tam tikslui vyriausybė 1937 metams kovai su venerinėmis ligomis buvo paskyrusi 158.000 litų ir venerininkų pervežimui 2.000 litų, 1938 metams — 197.000 litų ir venerininkų pervežimams 3.000 litų, 1939 metams paskirta 177.000 litų ir venerininkų pervežimui 3.000 litų. Tuo būdu kas metai kovai su venerinėmis ligomis iš valstybės iždo skiriama vidutiniškai 180.000 litų. Į tą sumą neįeina išlaikymas Valst. veneros ligų ligoninės Alytuje ir gydymas venerininkų, esančių Krašto apsaugos ministerijos žinioje. Jei pridėsime tas sumas, kurios turėtų įplaukti į valstybės iždą už venerininkams nemokamai padarytas analizes (žiūr. IV ir V lent.), kovai su veneros ligomis išleidžiamos kasmet lėšos sieks 360.000 litų.

Už venerinių ligų platinimą baudžiamasis statutas numato bausmes. 208[2] §: „Kas nusikalto apkrėtęs kitą žmogų venerine liga, tas baudžiamas: 1) jei apkrėtė sifiliu, sunkiųjų darbų kalėjimu ligi šešerių metų, 2) jei apkrėtė kita venerine liga, paprastuoju kalėjimu“. 208[1] §: „Kas nusikalto davęs kam žindyti kūdikį, žinodamas tą kūdikį sergant venerine liga, tas, jei nėra skaudžiau baustinas už apkrėtimą ta liga, yra baudžiamas: 1) jei kūdikis sirgo sifiliu, paprastuoju kalėjimu, 2) jei kūdikis sirgo kita venerine liga ir jei kaltininkas apie tą ligą žindytojos neįspėjo — areštu arba bauda ligi 2.500 litų“.

Kiek kas metai už venerinių ligų platinimą yra sprendžiama bylų, sužinoti negalima, nes centriniame statistikos biure demografijos skyrius atskirai šitos rūšies bylų statistikos neveda.

Kontrolei kiekvienas gydytojas turi vesti tam tikrą knygą, kurioje įrašoma ligonis, jo adresas, ligos diagnozė, apkrėtėjas ir jo adresas, gydymas, ligos eiga ir kita. Gydytojas vedamą venerininkų knygą laikas nuo laiko turi patikrinti ir, radęs ligonių, netvarkingai vykdančių gydymo planą, juos įspėti, o apie neklaužadas ir be gydytojo žinios nutraukusius gydymą pranešti valdžios gydytojui. Kovą su venerinėmis ligomis apsunkina bendras visuomenės moralinis smukimas ir labai paplitęs g i r t u o k l i a v i m a s. Jeigu prieš 20 ar 15 me-

tų alkoholį vartodavo tik vyrai, tai šiandien nemažiau stengiasi jį vartoti ir moterys. Šiandien mūsų visuomenės tarpe retai sutiksi asmenį, kuris nevartotų alkoholio. Jei gertų su saiku, dar būtų pakenčiama. Deja, visuomenė papratusi saiko nesilaikyti. Pasigėrusio žmogaus doros ir ambicijos principus dažnai nulemia įgimtas lytinis instinktas. Moller iš 182 apklaustų venerininkų vyrų rado 76,4% apsikrėtusius girtame stovyje. Zangenstein iš 179 venerininkių moterų išaiškino, kad iš jų 43,8% apsikrėtusios būdamos girtos.

Vadinasi, labai svarbi veneros ligų plitimo priežastis yra girtuokliavimas, su kuriuo kovoti yra sunku.

Didelė veneros ligų platintoja yra prostitucija. Jaunos mergaitės, atvykusios iš kaimų į miestus, patenka į blogas materialines sąlygas. Nemažas jų skaičius lieka išnaudotos ir pastūmėtos į prostituciją.

1927 metais Lietuvoje buvo įregistruotos 265 prostitutės. Iš jų 149 sirgo sifiliu ir 61 gonorėja.

Kiek šiandien Lietuvoje yra prostitučių, pasakyti sunku, tačiau reikia manyti, kad jų yra daug.

Įstatymas sako, kad apkrėtimas sifiliu laikomas sunkiu kūno sužalojimu ir apkrėtėjas baudžiamas sunkiųjų darbų kalėjimu. Didžiausias vyrų % venerinėmis ligomis apsikrečia pas viešąsias ar slaptąsias prostitutes, del to kova su prostitucija turėtų būti vykdoma visu griežtumu.

Anksčiau prostitutės gyveno, suspietusios viešuose paleistuvystės namuose. Panaikinus viešuosius namus, prostitutės perėjo tarnauti tarnaitėmis ar padavėjomis į restoranus, kavines ir vešbučius, kur prostitučių veikimo sąlygos nepablogėjo. Daug atvykstančių į ambulatorijas ar pas privačius gydytojus pasisako, kad venerinėmis ligomis apsikrėtę restorane, kavinėje ar viešbutyje.

Vadinasi, minėtose įmonėse randami kartu ir paleistuvystės namai, kuriuos susekti nėra lengva.

Reikėtų ieškoti priemonių griežtai išaiškinti slaptai veikiančius paleistuvystės lizdus ir, susekus veneros ligų plitimo židinius, namų savininkus griežtai bausti.

Miestuose budinti policija gatvėse nakties metu turėtų visomis priemonėmis varžyti prostitučių veikimą. Jeigu nakties metu einąs namo apygirtis žmogus garsiau sušunka ar gerai nusiteikęs sudainuoja, tai policija už triukšmo kėlimą jį areštuoja ir baudžia. O pilnos gatvės prostitučių nakties metu gaudo sau aukas ir vykdo nusižengimą prieš dorovę. Policija jas labai retai sudraudžia. Jeigu įvyksta, kad ir nedidelis turto apiplėšimas ar žmogaus kūno sužalojimas, tai prasikaltėlius išaiškinti yra viešosios ir slaptosios policijos uždavinys. Veneros ligų platinimo šaltiniai kaip tik kėsinasi apiplėšti žmo-

nių didžiausią turtą — sveikatą, del to tų šaltinių aiškinime geriausiai galėtų pasitarnauti kaip tik slaptoji policija. Didelis procentas ligonių venerinėmis ligomis apsikrečia alkoholio ir ištvirkavimui palankių aplinkybių dėka, gyvenime būdami visai padorūs piliečiai. Tokie ligoniai turi atsakingumo jausmą, stropiai gydosi ir nėra visuomenei pavojingi. Ne mažesnis venerininkų procentas moraliai yra gerokai pakrikę, už apsikrėtimą ar kito apkrėtimą nejaučia jokio sažinės graužimo. Jie kartotinai apsikrečia ir perserga iš eilės visomis venerinėmis ligomis. Disciplinos dėliai neklaužados ir recidyvistai turėtų būti siunčiami į darbo stovyklas, kur būtų gydomi ir verčiami dirbti. Pasitaiko ligonių, kurie, apsikrėtę venerinėmis ligomis, sąmoningai slepia savo apkrėtėjus ir sudaro kliūtis išaiškinti veneros ligų platinimo židinius. Įstatymo 4 §-o 3 str. įpareigojo išklausti ligonį, kas jį venerine liga yra apkrėtęs, ir apkrėtėją pranešti valdžios gydytojui. Už šito paragrafo vykdymui kliūčių darymą veneros ligų platinimo židinių sąmoningiems slėpėjams reikėtų numatyti bausmės. Girdėti jau gydytojų nusiskundimų, kad kartais juos varžo savivaldybių duodami kreditai. Reikėtų nusiskundimai išaiškinti ir trūkumai pašalinti. Visoje Lietuvoje turėtų būti vienoda venerininkų registracija. Centriniame statistikos biure vykstančių teismuose del veneros ligų bylų statistika turėtų būti vedama atskirai.

Miestų ir apskričių gydytojai, kovodami su veneros ligomis, turėtų vesti vienodai nustatytą gaunamų pranešimų ir išaiškinimų vykdymų statistiką. Iš visų vedamų statistikų metų pabaigoje turėtų būti duodama Sveikatos Departamentui be išimties ir ligonių kasų ir kariuomenės apyskaitos.

Iš tų apyskaitų galima būtų matyti miestų ir apskričių gydytojų kovoje su veneros ligomis iniciatyva ar apsileidimas. Iš tų apyskaitų galima būtų spręsti apie kovoje su venerinėmis ligomis vartojamų priemonių naudingumą ir, reikalui esant, ieškoti tobulesnių.

Įstatymo kovai su veneros ligomis socialinė reikšmė padidėtų, jeigu būtų kreipiama daugiau dėmesio į priešvenerinę propagandą. Ligi šiol šituo klausimu rūpinosi vienintelė Lietuvoje organizacija: „Draugija kovai su veneros ligomis Lietuvoje“. Ji pakankamai įvertino priešvenerinės propagandos reikšmę ir svarbą ir pagal savo išgales ruošė per organizacijas ir pati organizavo Kaune ir provincijoje paskaitas. Ji išlaiko sveikatai patikrinti prieš vedybas konsultacinį punktą, kuriame iš eilės be atlyginimo budi draugijos nariai. Šitoje draugijoje, deja, nėra nė vieno miesto ar apskrities gydytojo, kuriems įstatymo yra uždėta pareiga kovoti su veneros ligomis.

Šitoje draugijoje turėtų dalyvauti visi gydytojai, kurie dalyvauja kovoje su venerinėmis ligomis.

Zusammenfasung.

Die Soziale Bedeutung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Statistik zeigt dass, als das Gesetz zur Bekämpfung der Gesschlechtskrankheiten eintritt, ergab sich ein dauerdner Rückgang der Lueskranken. Dagegen zeigt die Zahl der Gonorrhoekranken ein Aufstieg.

Das Gesetz verbietet dem niedrigerem medizinischen Personel mit der Heilung der Geschlechtskrankheiten sich zu beschäftigen, jedoch haben diese von ihrer Pràxis nicht resigniert. Die Erkrankten sind registriert und verflichtet in den Ambulatorien und Krankenhäuser behandelt su werden.

Die Heilung ist kostenlos. Die Zahl der venerischen Ambulatorien wird fortwährend vergrössert, es wird vorausgesehen, dass die Ambulanze nicht mehr als 20 km vom Wohnort entfernt sei. Die Analysen der Erkrankungen werden in dem Higienischen Institut gratis gemacht. Die Zahl der gemachten Analysen nimmt jährlich zu.

Die Kranken werden in den Büchern der Veneriken registriert, kontroliert. Falls diese die Heilung aufgeben, werden die Kranken aufgefunden und gezwungen die Heilung fortzusetzen. Ebenfalls werden auch die Centrums der Ansteckung klar gemacht. Das Aufsuchen der Kranken und das Aufklären der Centrums fordet viel Zeit und Mühe von den Regierugsarzt. Der Kampf mit den venerischen Krankheiten verlangt grosse Ausgaben, darum muss er streng und planmässig durchgeführt werden.

Zur Beurteilung der Zweckmässigkeit der gefasstenen Mittel muss die Registration der Kranken durchgeführt werden. Zum Schluss des Jahres muss Alles was der Erkrankungen betrift dem Gesundheitsdepartament eingereicht werden, ohne Ansnahme der Krankenkassen und Militärspitäle.

Gyd. L. Goldšteinas.

Ankstyva plaučių tuberkuliozės diagnostika.

Ankstyva plaučių džiovos diagnozė yra reikalinga sėkmingam gydymui. Jei galima būtų liga susekti pradžioje, tai šita liga netektų savo pavojingumo. Profilaktikos atžvilgiu irgi yra naudinga anksti nustatyti tuberkuliozė, nes kitaip ligonis, nieko nežinodamas apie savo ligą, nesisaugoja ir apkrečia savo artimuosius.

Anksti susektos tuberkuliozės gydymas yra susijęs su daug mažesniais nemalonumais ligoniui ir užtikrina greitesnį išgijimą. Pažengusi džiovos forma netaip lengvai yra pagydoma ir čionai dažnai pavartotinos chirurginės priemonės (kaustika, torakoplastika ir kt.). Aišku, kad mes turime stengtis susekti džiovą dar savo pradinėse stadijose.

Bet tat yra lengvai pasakoma, o sunkiai padaroma. Tuberkuliozė dažnai primena įvairias kitas ligas, nes ji dažnai pasireiškia neaiškiais reiškiniais, arba ligonio nusiskundimai

būna tokie menki, kad gydytojui visai nesukelia minties apie tuberkuliozę. Dažnai pas atėjusį ligonį su neaiškiais nusiskundimais sunku surasti objektyvių duomenų, įrodančių tuberkuliozę, nors gydytojas apie ją ir galvotų. Vienu žodžiu, ankstyva plaučių džiovos diagnostika nėra lengva.

O vis delto daugeliu atsitikimų galima būtų nustatyti ligą daug anksčiau, kaip kad dabar yra ji nustatoma, pasinaudojus žemiau nurodytomis tyrimo priemonėmis.

1. Jau nuo senų (Hippokrates) laikų gydytojams yra žinomi **bendri organizmo reiškiniai,** leidžiantiej įtarti tuberkuliozinį organizmo procesą. Kaip tokie reiškiniai, laikomi: 1) kūno temperatūros pakilimas, 2) greitas kūno nuovargis, 3) suliesėjimas, 4) nenoras valgyti, 5) prakaitavimas, 6) nervingumas. Žinoma, šitie reiškiniai nėra būdingi tuberkuliozei; bet jei mes pas savo ligonį surandame tokių reiškinių, arba, geriau sakant, jei ligonis turi vieną arba daugiau iš šitų išvardintų nusiskundimų, tai gydytojas turi pagalvoti apie tuberkuliozinę infekciją ir stengtis išaiškinti tųjų reiškinių priežastį, kitaip sakant, turi ieškoti tuberkuliozės.

2. Beieškant viršuje išvardintų nusiskundimų priežasties, ypačiai kreiptinas dėmesys į **ligonio anamnezę.** Sužinotina, ar ligonio šeimoje būta tuberkuliozės susirgimų, nes, nors mes dabar žinome, kad tuberkuliozė nėra paveldima liga, bet ji dažnai pasitaiko ištisose šeimose. Pati liga nepersiduoda paveldėjimu, bet palinkimas susirgti džiova pereina nuo vienos kartos kitai.

Daug svarbiau šeimoje rasti atskiras tuberkuliozės susirgimo atsitikimas, nuo kurio gali apsikrėsti visi kiti šeimos nariai. Bet ne tiktai susirgimai šeimoje yra svarbūs. Tuberkulioze galima apsikrėsti ir tolimesnėje aplinkoje, kaip pvz., gyvenant kartu su džiovininku arba dirbant su juo vienoje darbavietėje. Nors vienas atviras džiovos atsitikimas mokykloje leidžia pas mokinį įtarti tuberkuliozę esant.

3. Jei ligoniui anksčiau buvo nustatyta **prieštuberkuliozinė liga,** tai dabartiniai nusiskundimai nagrinėtini, pagal šitos pažiūros žvilgsnius (aus diesem Gesichtspunkt). Kaip prieštuberkuliozinė liga, laikytinas **pleuritis exsudativa.** Pagal įvairių autorių tyrimų duomenis eksudatyvus pleuritas esąs 90% atsitikimų tuberkuliozinio pobūdžio. Iš tikrųjų, mes matome dažnai, kad toksai ligonis, anksčiau sirgęs pleuritu, po kurio laiko kreipiasi į gydytoją, turėdamas pažengusią plaučių džiovą. Pagal N a e g e l i'o pas žmogų, persirgusį pleuritu, plaučių džiova atsiranda per 3 ar 4 metus. Jei iki to laiko plaučiai liko sveiki, tai galima laikyti, kad pleuritas buvo ne tuberkuliozinės kilmės.

Lymfinių liaukų susirgimas, ypač su fistulėmis, taip pat yra tuberkuliozinės kilmės liga; ir jei pas tokį ligonį randame bendrų nusiskundimų, tai reikia galvoti apie plaučių arba kurio nors kito organo susirgimą tuberkulioze.

4. Viršuje minėti bendri organizmo reiškiniai yra, greičiausia, **tuberkulotoksinio pobūdžio.** Be jau minėtų reiškinių, kaip antai, pakilusi temperatūra, anoreksija, naktinis prakaitavimas, — priskaitytini dar reumatiniai skausmai pečiuose ir nusiskundimai iš širdies pusės, kaip antai, širdies plakimas. Būna, kad ligonis kartais skundžiasi tiktai skilviu, kaip del įsitraukusio n. phrenicus į tuberkuliozės procesą padariniu.

5. Ankstyva tuberkuliozės diagnozė būna ypač palengvėjusi vaikų praktikoje. Čia tiktai padarytina **tuberkulininė reakcija** ir liga tuojau paaiškės. Šita reakcija reikėtų pavartoti kiekvienos neaiškios ligos atveju, kaip nekalta ir neskausminga priemonė. Geriausia, mano nuomone, odinė (kutaninė) reakcija, nes joje gaunama patenkinamų rezultatų. Ji yra neskausminga ir ligoniai niekad nesipriešina jos panaudojimui. Iš paskutinių savo patyrimų noriu aprašyti 2 atsitikimu, vaizduojančiu tuberkulininės reakcijos naudingumą.

a) Žinduolis, 6 mėn. amžiaus, pradėjęs konvulsiškai kosėti. Temperatūra buvo remituojanti. Plaučiuose rasta smulkių karkalų, perkusinio duslumo nėra. Kūdikis gydytas nuo kokliušo ir bronchopneumonijos. Tuberkulininio tepalo įtrynimas parodė neigiamą reakciją. Padarius rentgenogramą, paaiškėjo pneumonia caseosa kairiuosiuose plaučiuose. Patikrinus motiną, rasta atvira plaučių džiova, iki šiol nebuvusi žinoma.

b) Berniukas, 9 metų amžiaus. Prieš pusę metų jam buvo padaryta tuberkulininė reakcija, kuri buvusi teigiama. Dabar staiga susirgęs, pakilusi temperatūra, niekuo nesiskundžia, tik šiek tiek galva skaudanti. Vidaus organų apžiūra nedavusi jokių objektyvių duomenų. Įtrynus tuberkulino tepalo, gauta stipri reakcija. Po 2 dienų ant blauzdos pasirodė erythema nodosum. Plaučių rentgenograma parodė poryšiakaulinį infiltratą dešiniuosiuose plaučiuose. Čia pasisekė nustatyti infekcija labai ankstyvame laikotarpyje, nes erythema nodosum laikoma pirminės infekcijos reiškiniu, atsirandančiu maždaug apie 3 savaites po infekcijos.

6. Pas suaugsį žmogų teigiamoji tuberkulino reakcija nieko nesako, nes, kaip žinoma, beveik 100% žmonių yra apsikrėtę džiova. Čia reikia griebtis kitų priemonių, norint surasti džiovą. Be jau minėtų bendrų reiškinių ir anamnezinių duomenų, ligonis reikia nuodugniai ištirti ir visi gautieji duomenys suvesti į logišką sistemą, ir tada tik padaryti išvada.

7. **Perkusija** daugeliu atsitikimų plaučių tuberkuliozės atveju duoda mažesnį ar didesnį perkusinį duslumą toje vietoje, kur plaučiai yra pakitėję. Bet jei yra infiltravęsis mažas plotas, o aplink šitą židinį yra užtektinai sveikų plaučių audinių, tai perkusijos garsas gali būti visai normalus.

Jei auskultuodami randame aprėžtoje vietoje karkalų, tai tat ir primena tuberkuliozę. Bet kartais nieko patolo-

giško auskultuojant nerandama, net ir toje vietoje, kur būna kaverna (vadinama **nebyli kaverna**). Čia kaverna yra apsupta dar alsuojančių plaučių audinio, o joje patologiškų produktų, skreplių pavidalu, nesusidaro ir pagaliau pati kaverna nėra susijusi su bronchine sistema.

Štai, kodėl negalima plaučių tuberkuliozės diagnostikoje remtis vien perkusijos ir auskultacijos duomenimis, nors ir be jų apsieiti negalima.

8. Atsitikimais, kur išvardintos kliniško tyrimo metodės nieko neparodė arba davė abejotinus rezultatus, į pagalbą ateina **rentgenas**. Rentgenas plaučių ligų diagnostikoje yra labai svarbi priemonė, kurios dėka jau dabar gaunamas tikresnis tuberkuliozės vaizdas. Mes džiovos patologišką vystymąsi ir jos eigą galime geriau suprasti ir net sekti rentgenu. Dabartiniu laiku galima laikyti, kad sergąs plaučiais nėra gerai ištirtas, jei nebuvo panaudotas rentgenas. Mes galime rentgenogramoje matyti ir mažiausius plaučių pakitimus, neduodančius jokių kliniškų reiškinių. Mes galime rentgenogramoje matyti jau išgijusį tbc procesą.

Yra vienas, dabar visiems gydytojams žinomas plaučių tuberkuliozės pavidalas, vadinamas **ankstyvas infiltratas**, kuriuo susergama gana staiga, temperatūra pakyla apie 38^0 ir visas ligos vaizdas yra labai panašus į gripą. Plaučiuose auskultuojant ir perkutuojant dažniausiai negirdima jokių patologiškų pakitimų. Bet pas ligonį, kurio temperatūra nekrinta ir kuris pats nesitaiso, tiktai rentgenas parodo, kad plaučiuose yra atsiradęs infiltratas, dažniausiai poryšiakaulinis. Šitie infiltratai gali be padarinių pranykti. Bet pasitaiko, kad toks infiltratas sugriūva ir lieka kaverna. Ligonis tuo būdu per trumpą laiką pereina visas tuberkuliozės stadijas ir atsiduria trečioje tuberkuliozės stadijoje, neseniai buvęs visiškai sveikas.

Nustatyti ankstyvas infiltratas kuo greičiausiai yra gydymo atžvilgiu labai svarbu, bet, nepasinaudojus rentgenu, tat yra neįmanoma.

Rentgenas yra labai svarbi priemonė, tikrinant gydymo veiksmus. Padarius pneumotoraksą, vėliau jį papildant, tikrintina rentgenu. Dabartiniu laiku nė vienas plaučių ligų gydytojas, taikąs aktyvų gydymą, negali apsieiti be šito tyrimo būdo.

9. Nereikia visgi manyti, kad rentgenas yra visagalis ir kad visos kitos tyrimo metodės nebereikalingos. Taip nėra. Kartais galima nustatyti diagnozė, tiktai pasinaudojus visomis tyrimo metodėmis, nes vienas rentgenas nieko nepasako apie plaučių procesą. Randamas, pavyzdžiui, nuotraukoje plaučių infiltratas, bet jisai gali būti ir ne tuberkuliozinio pobūdžio. Juk yra visa eilė kitų plaučių ligų, kurios, pašvitintos rentgeno spinduliais, gali duoti panašų vaizdą, kaip tuberkuliozės atveju.

Kaip vienas iš svarbiausių tyrimo būdų greta rentgeno, laikytinas skreplių tyrimas. Net ankstyvų infiltratų atvejais galima kai kuriais atsitikimais skrepliuose, jei tik ligonis juos iškosi, rasti tuberkuliozės bacilų. Tiesa, ankstyvo infiltrato atveju ligoniai labai maža skrepliuoja, bet ir mažiausiame skreplių kiekyje galima rasti Koch'o bacilų: tada, žinoma, diagnozė yra aiški.

Kiekvieno kosinčio ligonio skrepliai bakteriologiškai ištirtini, tuo būdu galima būtų surasti daug tuberkuliozininkų ankstyvoje stadijoje.

Kokio svarbumo yra skreplių tyrimas, rodo man pasitaikęs šis atsitikimas:

Ligonis, 35 metų amžiaus, 3 savaites jau kaip kosi. Plaučiuose perkutuodamas nieko ypatingo nepastebėjau. Auskultuodamas radau drėgnų ir sausų karkalų kairiuosiuose plaučiuose paravertebraliai. Rentgeno nuotraukoje nėra jokių patologiškų pakitimų. Temperatūra normali. Galvojau apie katarinį bronchitą, bet del viso ko liepiau ištirti skreplius, kuriuose rasta tuberkuliozės bacilų. Skrepliai buvo ištirti dviejose laboratorijose ir gautas tas pats rezultatas. Šituo atsitikimu mikroskopiškas skreplių tyrimas pasirodė pranašesnis, negu rentgenas.

10. Labai yra naudinga, įtarus tuberkuliozę, ištirti kraujosėdis. Šita, lengvai atliekama, reakcija mums dažnai padeda išaiškinti tuberkuliozę, nes tuberkuliozės atveju kraujosėdis dažniausiai yra pagreitėjęs.

Kraujo vaizdas irgi gali būti naudingas, nustatant tbc diagnozę. Tuberkuliozės atveju būna dažnai nukrypimas į kairę (Linksverschiebung). Lymfocitų padaugėjimas rodo gerybinį procesą. Dažnai randamas eozinofilų sumažėjimas.

Štai viskas, ką galėjau pasakyti apie tuberkuliozės diagnozės nustatymą. Kaip matyti, ankstyva plaučių diagnozė nėra lengva, bet panaudojus visas galimas tyrimo metodes ir dar pritraukus sudėtingesnes, kaip, pavyzdžiui, gyvuliuko įskiepijimą ir dar kai kurias kitas metodes, apie kurias mes čia nekalbėsime, galima nustatyti tikra diagnozė. Gydytojas turi tiktai galvoti apie šitą ligą ir visokiais būdais ją įrodyti arba paneigti.

Daug ankstyvų tuberkuliozės pavidalų susekama, padarius visos grupės arba net profesijos žmonių tyrimus. Taip, pavyzdžiui, pas mus, Lietuvoje, buvo susekta daug tuberkuliozės atsitikimų, patikrinus sistemingai visus pradžios mokyklų mokytojus. Kitose šalyse tikrinami taip pat naujokai rentgenu, ir tuo būdu irgi galima daug ankstyvų tuberkuliozininkų surasti.

Reikia manyti, kad, jei pasisektų susekti tuberkuliozė ankstyvoje stadijoje, tai yra, tuojau apsikrėtus, tai didelė džiovos problemos dalis būtų išspręsta.

Zusammenfassung.

Frühdiagnose der Lungentuberkulose.

Würde es gelingen, die Lungentuberkulose in Ihren Anfängen zu ermitteln, so würde die Krankheit ihre Gefährlichkeit einbüssen. Denn diese Krankheit lässt sich am besten in den Anfängen mit Erfolg behandeln. Aber Frühdiagnose dieser Krankheit ist nicht leicht, da sie viele andere Krankheiten immitiert und oft nur minimale Krankheitserscheinungen macht. Immerhin ist bei einiger Aufmerksamkeit und bei der Benutzung aller zugänglichen Metoden, die Diagnose noch in den Anfängsstadien su stellen, also viel früher, als es oft jetzt geschieht.

Um eine Frühdiagnose bei der Lungenschwindsucht zu stellen, ist es nötig auf folgendes zu achten:

I. Allgemeine Krankheitszeichen, wie z. B. erhöhte Temperature, Abmagerung, Appetitlosigkeit, Nachstchweisse, Nervosität, neuralgische Rückenschmerzen, Verdauungsbeschwerden können tuberkulotoxisch bedingt sein und daher ist solcher Kranker auf Tuberkulose verdächtigt.

2. Eine genaue Familienanamnese kann gehäuftes Verkommen von Tuberkulose in der Famillie aufweisen, was ein gewisses Licht auf diesen Fall werft. Auch Ansteckungsmöglichkeit durch Tuberkulosefälle in der Umgebung ist zu berücksichtigen.

3. Sehr wichtig ist die persönliche Anamnese. Durchgemachte Erkrankungen insbesonderer solche vortuberkulöser oder paratuberkulöser Natur, wie z. B. exsudative Pleuritis, fistelnde Lymphdrüsen und desgleichen mehr, lassen auf andere tuberkulöse Erkrankung das Augenmerk lenken.

4. Bei Kindern ist ein ausgezeichnetes Hilfsmittel, die Tuberkulose früh zu erfassen lässt die Tuberkulinreaktion. Verfasser gebraucht sie meistens perkutan.

5. Es soll aber auch nicht die Perkussion und Auskultation vergessen werden, die in vielen Fällen die Krankheit feststellen hilft.

6. In Fällen, wo die Perkussion und Auskultation versagt, kommt das Röntgenbild zu Hilfe. Eine vollständige Lungenuntersuchung ohne Röntgen ist nicht möglich. Grosse Dienste leistet dieses Verfahren bei der Ermittelung von Frühinfiltraten, die mit anderen Mitten oft nicht aufgeklärt worden wären.

7. Es gibt aber Fälle, wo auch das Röntgen nicht zum Ziele führt und Verfasser beschreibt nebenbei einen Fall, wo das Röntgenbild eine normale Lunge zeigte, die Auskultation Rasselgeräusche aufgewiesen hat und im Sputum Tbc Bazilien ermittelt wurden. Die Sputumuntersuchung ist in keinem Falle zu unterlassen.

8. Auch das Blutbild hilft die Diagnose stellen. Die Blutkörperchensenkungsreaktion ist nicht zu vergessen. Das Blutbild zeigt patologische Befunde, die in Frühfällen zu verwerten sind.

9. Sollte es gelingen die Tuberkulose in ihren Frühstadien zu erfassen, das heisst kurz nach der Ansteckung, so würde ein grosser Teil des Tuberkuloseproblems gelöst sein.

Gyd. B. Zacharinas.

Kauno Žydų ligoninės chirurginio skyriaus 1938 metų apyskaita.

1938 metais Kauno žydų ligoninės Chirurginis skyrius buvo du kartus dalimis išdezinfekuotas ir atremontuotas, visai nenutraukiant darbo. Tvarstomajame kambaryje įtaisytos geros praustuvės su sudėtingais čiaupais šiltam ir šaltam vandeniui. Išorinėje į koridorių išeinamoje sienoje durių vietoje įtaisyta didelė spinta medžiagai ir kasdieniniam tvarstomojo kambario inventoriui sudėti.

Operaciniame kambaryje atnaujinti baldai, užsakytas savo konstrukcijos ortopedinis stalas apatinių galūnių kaulų chirurgijai. Įgyti visi įrankiai fractura colli femoris osteosintezės (clouage) operacijai, kuri 1938 metais buvo pirmą kartą atlikta.

Vietoje Kirschner'io pasiūlytos eucodal - scopolamin - ephetonin'o intraveninės vietinės anestezijos, pradėjome vartoti savo morphium - scopolamin - coffein'o mišinį intra venam su labai gerais rezultatais.

Padaugėjo didesnių operacijų skaičius; susidarė įvairesnė operacinė medžiaga.

Numatytas dar 1936 metais susijungimas su urologijos skyriumi iki šiol dar neįvykdytas.

Etatinių lovų skaičius, pradžioje tesiekęs 39, 1936 metais padidėjo iki 53, o 1937 metais — iki 59. Šįmet tas lovų skaičius dar padidėjo, nes ligoniai buvo guldomi koridoriuje, o kartais ir valgomajame kambaryje. Būdavo trumpų laikotarpių, kada chirurginiame skyriuje gulėdavo iki 70 ligonių. Žinoma, nuolatinių vietų stoka ir ligonių laikymas kituose skyriuose sudarydavo sunkumų ir nepatogumų juos mediciniškai ir chirurgiškai slaugyti.

1938 m. Chirurginiame skyriuje gulėjo 943 vyrai, jų tarpe 105 berniukai iki 12 m. amžiaus, ir 689 moterys, jų tarpe 106 mergaitės iki 12 m. amžiaus. Iš viso 1.632 ligoniai (1937 m. 1.512 lig., 1936 m. — 1.236 lig.). Vadinasi, palyginus su 1937 m., buvo 120 ligonių daugiau, o palyginus su 1936 m. — 396 lig. daugiau.

Iš 1.632 stacionarinių ligonių per metus iš kitų ligoninės skyrių perkelta tik 90 ligonių operuoti bei gydyti, t. y. 5,51%.

Iš atskirų skyrių perkelta:

iš „A“ - Vidaus sk.	— 29 lig.,	iš jų mirė	4.
„ „B“ - „ „	— 16 „	„ „ „	—
„ Vaikų sk.	— 7 „	„ „ „	—
„ Paviliono	— 17 „	„ „ „	1.
„ Urologinio sk.,	— 16 „	„ „ „	—
„ Moterų sk.,	— 5 „	„ „ „	2.
Iš viso	90 lig.,	iš jų mirė	7 lig.

Vadinasi, Chirurginis skyrius medžiagos sėmėsi iš savo ambulatorijos, iš ligonių kasų, dirbančių skyriuje chirurgų ir kai kurių Kauno miesto bei provincijos gydytojų, palaikančių sąsyjį su Chirurginiu skyriumi.

Visi ligoniai išgulėjo 22.190 d. (1937 m. — 19.523 d., 1936 m. — 16.620 d.), t. y., 1938 m. ligoniai gulėjo 2.267 dienas daugiau kaip 1937 m. ir 5.570 dienų daugiau kaip 1936 m.

Kiekvienas ligonis vidutiniškai gulėjo 13,5 d. (1937 m. — 12,24 d., 1936 m. — 12,6 d.).

Per dieną vidutiniškai gulėjo 60,7 ligonių (1937 m. — 53,35 lig., 1936 m. — 46,2 lig.).

Stacionarinių ligonių operacijos.

Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius
	Kaulų operacijos:	
1	Amputatio digitorum	5
2	Amputatio femoris	2
3	Amputatio cruris	1
4	Exarticulatio phalang.....	6
5	Kitos ekzartikulacijos....	5
6	Resectio ossium	2
7	„ costarum	2
8	Fractura colli femoris ..	1
9	Sequestrotomia	2
10	Trepanatio ossis	16
11	Trepanatio cranii........	1
12	Redressement	1
13	Išnirusių sąnarių įnėrimas	5
14	Kitos kaulų operacijos..	3
15	Osteorhaphia	6
16	Arthrotomia	2
17	Hallux valgus	4
18	Ablatio unguis	1
19	Beck'o operacija	1
	Iš viso	67
	Sausgyslių ir odos operacijos:	
1	Tenotomia	1
2	Tendorhaphia	1
3	Plastica cutis	2
4	Prolapsus recti (Thierschi)	5
5	Exstirpatio menisci	2
	Iš viso	11
	Herniorhaphia:	
1	Hernia inguin. directa ..	6
2	Hernia inguin. obliqua (Bassini ir kitų būdai)	144
3	Hernia femoralis	3
4	„ lineae albae	5
5	„ umbilicalis	4
6	„ post operationem	3
7	„ incarcerata inguin.	12
8	„ „ femoral.	5
9	Kitos hernijos	4
	Iš viso	186

Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius
	Kraujagyslių operacijos:	
1	Sympatectomia periarterialis	2
2	Varices cruris	19
3	Varices haemorrhoidales	46
4	Arteriographia	2
	Iš viso	69
	Kraujo transfuzijų (visoje ligoninėje)	150
	Urogenitalinės sistemos operacijos:	
1	Circumcisio	3
2	Hydrocele	6
3	Varicocele	1
4	Vasectomia	5
5	Castratio	5
6	Sectio alta..............	2
7	Uretherotomia	2
8	Nephrectomia	4
9	Orchidopexia	5
10	Epididymectomia	1
11	Cistoskopijų su ureterių kateterizacija	1
12	Chromocystoscopia	3
	Iš viso	38
	Laparotomijos:	
1	Gastrostomia	2
2	Gastroraphia del ulcus perforativus	1
3	Gastroenteroanastomosis	2
4	Resectio ventriculi	7
5	Entero-enteroanastomosis	1
6	Ileoraphia	1
7	Fistula stercoralis	5
8	Cardiospasmus (Mikuliczi)	1
9	Prolapsus recti (Kümmel'io op.)	2
10	Appendectomia:	
	del appendicitis acuta ..	160
	„ „ subacuta	10
	„ „ chronica	280
11	Anus praeternaturalis......	3
12	Amputatio recti	1
13	Cholecystostomia	4
14	Cholecystectomia	2
15	Įvairių ginekologinių laparotomijų	14
16	Kitos laparotomijos......	18
	Iš viso	514

Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius	Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius
	Kitos operacijos:		24	Abscessus	111
			25	Phlegmone	60
1	Strumectomia	11	26	Mastitis	10
2	Tracheotomia	13	27	Panaritium	4
3	Amputatio mammae	4	28	Bursitis	6
4	Thoracocenthesis	19	29	Carbunculus	5
5	Sympatectomia lumbalis	1	30	Exstirpatio:	
6	Palatoschysis	1	31	Injekcijos į lumbalinius simpatinius mazgus ..	15
7	Cheiloschysis	3			
8	Resectio m. sterno-cleido-mastoidei	1	32	Novokaininės blokados ..	14
9	Fistula et fissura ani....	4	33	Įvairios enkstenzijos (Kirschner'o, Borchardt'o ir kt. būdais)	23
10	Extractio dentium	6			
11	Extractio corp. alieni	3	34	Abdukcinės tvėrės	8
12	Exstirpatio bursae praepatellaris	3	35	Rectoscopia	12
			36	Elektrokoaguliacijos	7
13	Exstirpatio bursae olecrani	2			
14	„ „ popliteae	2		Iš viso	534
15	„ dermoidis ..	1			
16	„ cystae colli..	1	1	Įgipsavimas	100
17	„ tumorum	15	2	Gipsinės lovos	1
18	„ lymphoglandularum	15	3	„Zinkleim"	50
		8			
19	Excisiones	24			
20	Discisiones	6			
21	Extractio corp. alieni	5			
22	Excochleatio	5			
23	Įvairios incizijos, žaizdų susiuvimas, tualetai	32			

Iš viso stacionariniams ligoniams operacijų padaryta 1.417 (1937 m. — 1.317, 1936 m. — 1.085). Taigi, stacionarinių operacijų skaičius padidėjo 100 lyginant su 1937 m. ir 332 lyginant su 1936 m.

Buvo pavartotos šios anestezijos:

1. Bendrinė eterio narkozė su Ombredanne'o kauke.......... 515
2. Bendrinė eterio narkozė lašinimo būdu 48
3. Chloretilinis apsvaiginimas 124
4. Chloretilinis užšaldymas 6
5. Evipan-natrio intraveninė narkozė (buvo nepakankama 6 atsitikimais).. 19
6. Vietinė-sritinė novokaino anestezija 495
7. „ ir kombinuojant su eucodal-scopolamin-ephetonin'u.... 21
8. Liumbalinė anestezija novocain'u........................ 17

Ambulatorinių ligonių 1938 m. būta 4.436 (o 1936 m. — 3.937 amb. lig. ir 1937 m. — 4.360 amb. lig.).

Ambulatorinių operacijų padaryta:

Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius	Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius
1	Amputatio digitorum	2	4	Excisio:	
2	Ablatio unguis	49		„ epulis	1
3	Extractio corp. alieni....	8		„ verrucae	1

Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius	Eil. Nr.	Operacijų pavadinimai	Skaičius
	„ probatoria	1		„ mastitis	4
	„ kitos	8		„ panaritii	29
5	Exarticulatio phalangae..	2	13	Žaizdų tualetas ir minkštųjų dalių užsiuvimas..	105
6	Excochleatio	2	14	Išnirusių sąnarių įnėrimas	11
	Exstirpatio:		15	Didesnės punkcijos......	1
7	„ atheromatis ..	6	16	Circumcisio	1
8	„ lipomatis	1	17	Plastica praeputii........	1
9	„ tumorum	5	18	Didesnės injekcijos......	3
10	„ lymphogland.	1	19	Elektrokoaguliacijos	6
11	Kitos ekstirpacijos	15	20	Rectoscopia	10
12	Incisio:				
	„ abscessus	37		Iš viso	331
	„ phlegmonis	21			

Įgipsavimas 63
Zinkleim 30
Punkcijos 5

Ambulatorinių operacijų iš viso padaryta: 1936 m. — 173, 1937 m. — 241, 1938 m. — 336.

Anestezijų ambulatoriniams ligoniams padaryta:

1. Vietinė-sritinė anestezija novocain'u 196
2. Chloretilinis apsvaiginimas 74
3. Eterio lašinimas 2
4. Chloretilinis užšaldymas 7

Pooperacinių bronchopneumonijų bei bronchitų buvo visai nežymus skaičius. Pooperacinis aseptiškų žaizdų gijimas buvo gana geras. Iš 825 didesnių aseptinių operacijų per secundam intentionem užgijo 26, t. y. 3,14%.

Mirimai.

1938 metais Chirurginiame skyriuje mirė iš viso 52 ligoniai.

Bendrinis visų per skyrių praėjusių mirtingumo % buvo 3,2% (1936 m. — 4,2%, 1937 m. — 3,92%).

Iš operuotų stacionarinių ligonių mirė 34, jų tarpe neišbuvusių 24 val. buvo 3.

Iš neoperuotų stacionarinių ligoniu mirė 18, jų tarpe neišbuvusių 24 val. buvo 5.

Štai trumpos jų ligų istorijų ištraukos:

I. Operuotų ligonių mirimai.

1. S-as Ruvinas, 50 mt. Susirgo 1937 m. lapkričio mėn. 20 d. Atsiradę skausmai pilve ir dešiniajame šone. Gulėjęs vienoje apskrities ligoninėje su diagnoze typhus abdominalis. Stovis ėjęs vis blogyn ir XII m. 15 d. atvyko į mūsų ligoninės pavilioną. Widal'io reakcija neigiama. Leukocitozė — 22.600, Westergreen per 1 val. — 120 mm., per 2 val. — 140 mm. Dešiniųjų inkstų srityje skaudus patinimas, kurį punktavus rasta

pūlių. Perkeltas į Chirurginį skyrių, kur XII. 19 d. operuotas. Dešiniųjų inkstų srityje rastas didelis pūlynas (paranefritinis abscesas, retroperitoneal flegmona?), kuris drenuotas. T° nukrito, tvinksnis pagerėjo. XII. 24 d. t° pašoko iki 38,8°, šalčio krėtimas, blogas tvinksnis ir bloga savijauta. Nuo tos dienos t°-ra pasidarė sepsinė, laikas nuo laiko šalčio krėtimas. Bendrinis stovis žymiai pablogėjo. 1938 m. I. 9 d. ligonis mirė del sepsis'o.

2. K-ienė Rozalija, 48 mt. Prieš metus ligonė buvo operuota del ūmaus pūlingo cholecistito sunkiame stovyje. Buvo padaryta cholecystostomia. Ligonei laikas nuo laiko užeidavę skausmai, ypač tada, kai fistulė užsidarydavusi. 1937. XI. 22 d. padarytas fistulės praplėtimas bužais ir įstatytas drenas, pro kurį tekėjo gleivėtai pūlingas skystis. Skausmai vis tęsėsi. 1938 m. I. 16 d. vietinėje sritinėje anestezijoje su eucodal-scopolamin-ephetonin'u intra venam padaryta laparotomija pro buvusios operacijos randą. Prieita prie labai apaugusios tulžies pūslės, kuri atpalaiduota nuo gausių suaugimų. Subserozė pašalinta. Tulžies pūslė apie 15 cm ilgio, sienelės sustorėjusios. Pūslėje rastas riešuto didumo akmuo, pūslės gleivinė paburkusi. Didieji tulžies pūslės latakai nepakitę. Operacijos dienos vakare tvinksnis 140 per min., t°-ra — normali. Ligonė skundžiasi skausmais pilve. I. 17 d. iš ryto šalčio krėtimas, tvinksnis blogai prisipildęs, akys įdubusios, ligonė vemia, daro labai blogą įspūdį. 12 val. tvinksnis vos apčiuopiamas, galūnės šaltos. Nuo 20 val. ligonė gulėjo be tvinksnio, o I. 18 d. 3 val. mirė.

3. O-tė Ester, 6 mt., įstojo 1938. I. 17 d. su pakilusia t°-ra, labai pagreitėjusiu tvinksniu, skausmais pilve. Susirgo dieną prieš įstodama į ligoninę su skausmais pilve ir vėmimu. Gavo ricinos ir padaryta klizma. T°-ra pakilo iki 39°. Į ligoninę paguldyta 36 val. nuo susirgimo pradžios su diagnoze appendicitis acuta(?), pneumokokinis peritonitas(?). Défense, Rowsing'o, Blumberg'o simptomai teigiami. Leukocitų — 26.000. Eozinofilų nėra, lymfocitų—2,segmentinių—72, lazdelinių—23, myelocitų — 2. Tuojau buvo operuota. Pilvo tuštyme rastas drumzlinas, žalsvai geltonos spalvos, nedvokiąs skystis. Kirmelinė ataugėlė injekavusi, įdegusi. Pooperacinis laikotarpis labai sunkus, su blogu aritmišku tvinksniu, pakilusia t°-ra, facies abdominalis. I. 19 d. 3 val. ligonė mirė (širdies insuficiencija, intoksikacija).

4. G-ius Hiršas, 64 mt, ligos ist. 410/86 nr.; įstojo 1938. I. 7 d., praėjus 4½ val. po nelaimingo atsitikimo. Ligonis, bedirbdamas savo dirbtuvėje, susimušė pilvą, krisdamas ant didelės geležinės štangos. Tuojau pajutęs skausmus visame pilve, bet, nekreipdamas dėmesio, tebedirbęs toliau. Praslinkus 2½ val., pilvo skausmai padidėję, ypač iš kairės pusės, prasidėjęs vėmimas, vėliau apalpęs. Ligonis atgabentas į ligoninę. Rastas išsipūtęs, kietas pilvas. Apčiuopti pilve del skausmų nieko negalima. Liežuvis sausas, tvinksnis vidutiniško prisipildymo, 120 per min. Kairėje kirkšnyje nedidelis trūkis. Diagnozė: ruptura intestinorum, peritonitis. Operuotas tuojau jam atvykus. Pilvo tuštyme daug drumzlino, į pūlius panašaus skysčio, laibosios žarnos apsiklojusios fibrinu. Vienoje laibųjų žarnų kilpoje rasta apvali skylutė, kuri buvo užsiūta 3-jų aukštų siūlėmis. Pilvo tuštymas praplautas druskos rūgšties skiediniu, įstatytas setonas. Iki I. 13 d. pooperacinė eiga ėjo be ypatingumų, ligonis viduriavo, pilvas pasidarė minkštas, tvinksnis 82 per min., gerai prisipildęs. Vakare pakilo temp. iki 39°, alsuojant atsirado skausmai kairiajame šone, bronchopneumonijos reiškiniai iš kairės. Iki I. 18 d. ligonio savijauta ir stovis kiek pagerėjo. Bet nuo I. 18 d. vėl žymus pablogėjimas: viduriai pasidarė palaidi, atsirado vėmimas ir skausmai visame pilve (peritonito reiškiniai). T° nukrito iki 35°, o tvinksnis pakilo iki 140—150 per min. I. 21 d. 3 val. exitus letalis.

5. D-as Henochas, 50 mt., ligos ist. 7211/1504/57 nr., įstojo 1937. XII. 29 d. del *carcinoma tracheae*, kuri jį dusindavo jau apie 4 mė-

nesius, ir kasdien ligonio stovis ėjo blogyn. Nutarta operuoti, nepaisant į abejojimus del atsitikimo operuotinamumo. XII. 31 d. operacijos metu rastas tracheją ir gerklas apaugęs kietas navikas, einąs po manubrium sterni Naviko dalis pašalinta kvėpuojamiems organams atpalaiduoti nuo spaudimo. 1938. I. 2 d. ligonio savijauta kiek pagerėjo, dusulys sumažėjo. I. 4 d. dusulys užeina tik priepuoliais. Nuo I. 6 d. ligoniui stinga oro, savijauta pablogėjo, dusulys vėl vargina ligonį. Nuo I. 11 d. — rentgenoterapija. I. 18 d. ligonis kvėpuoja lengviau, bet pasikeitė psichika: nesąmoningai atsakinėja į klausimus, šlapinasi ir tuštinasi po savim, nerimauja. Nuo I. 20 d. atsirado dusulys, cyanozė, sąmonės netekimas. I. 24 d. exitus letalis.

6. B. Kazys, 47 metų amžiaus, ligos ist. 508/74/119 nr.; įstojo 1938. I. 12 del kraujo užkrėtimo reiškinių (sepsis). Didžiojo karo metu buvo nušalęs kojų pirštus. 1933 metais buvę amputuoti abiejų kojų nykščiai. Prieš 8 mėnesius manevruose ligonis prisitrynęs paduose pūslių, kurios prakiurusios ir virtusios opomis. Prieš savaitę pakilusi t°-ra, ligonis pasijutęs blogai, nusilpęs, per tą laiką žymiai suliesėjęs. Ties nupjautu kairiosios pėdos nykščiu yra nešvari dvokianti, nekroziniais audiniais pasidengusi, opa. Ties penktuoju pirštu iš pado pusės yra odos defektas 4×6 cm. dydžio; iš ten sunkiasi dvokią pūliai. Palpuojant gilumoje jaučiama destrukcija. Ties dešiniosios pėdos nykščiu iš plantarinio paviršiaus yra pūliuojąs odos defektas 4×4 cm. dydžio. Visa dešinioji koja sutinusi, oda paraudusi, blizga — phlegmone.

I. 18 d. deš. šlaunyje padaryti 3 pjūviai su kontrapertūromis; išėjo daug dvokiančių pūlių; įstatyti drenai. I. 19 d. ligonio savijauta bloga, nekalba, silpnas. Nuo I. 22 d. ligonis skundžiasi skausmais pilve, vemia. Opos nelinkusios gyti. Stovis eina vis blogyn. I. 27 d. ligonis mirė.

7. K-ienė Rocha-Elka, 70 metų amž., ligos ist. 342/74 nr. Įstojo 1938 m. I. 3 d., sirgdama *deš. blauzdos ir pėdos diabetine gangrena.* Su ligone sunku susikalbėti. Tik I. 6 d. gautas giminių sutikimas amputuoti koją. Vietinėje anestezijoje be varžto padaryta cirkuliacinė amputacija su kraujagyslių siūle in loco operationis. I. 11 d. cukraus kiekis kraujyje 229 mg%, savijauta bloga. Ligonė gauna priešdiabetinį davinį ir insuliną. I. 16 d. lyg hipoglikeminis priepuolis, praėjęs davus cukraus. I. 18 d. cukraus kiekis kraujyje 220 mg %. Ligonė skausmų nebeturi, skundžiasi tik silpnumu. I. 24 d. tvinksnis pasidarė nereguliarus, liežuvis sausas, t°-ra — 39,6°, ligonė miegūsta ir silpna. Cukraus kraujyje 400 mg %, urejos — 84 mg. %. Duodama jai 120 E insulino dalis (pusė) su 25% vynuoginio cukraus. Žaizda gyja blogai. I. 26 d. t° — 39,2°, tvinksnis blogai prisipildęs, neritmiškas, ligonė nesąmoninga. I. 27 d. exitus letalis.

8. L-ienė Chanė, 50 metų amž., ligos ist. 782/148 nr., įstojo 1938 m. I. 25 d., sirgdama *karbunkulu* dešiniosios mentės srityje ir *diabetu.* Serga jau 3 savaites. I. 26 d., chloretiliu apkvaišinus, diaterminiu peiliu padaryti vienas skersinis ir du išilginiai pjūviai per karbunkulą. Vakare t° — 40,4°, tvinksnis 140 per min., netaisyklingas. Ligonė miegūsta, sąmonė aptemusi. Kraujyje cukraus 178 mg %. I. 28 d. savijauta bloga, ligonė, labai silpna. I. 29 d. t° staiga krito, tvinksnis 160 per min., visai blogai prisipildęs, ligonė nesąmoninga. 9 val. exitus letalis.

9. B-ienė Chaja, 40 mt. amž., ligos ist. 808/117 nr.; perkelta iš A-Vidaus sk. 1938 m. II. 6 d. del skausmų pilve, ypač in regione hypochondr. dextra, arčiau medialinės linijos. Kepenys padidėjusios, apčiuopiamos apie 3 skers. pirštus žemiau šonkaulių lanko, apatinis kepenų kraštas gruoblėtas, labai skaudus. Nustačius diagnozę *tumor hepatis* (?), II. 13 d. padaryta mėginamoji laparotomija, kurios metu rasti atskiri įvairaus dydžio ir išmėtyti navikai labai padidėjusiose kepenyse. Pirminio židinio rasti nepavyko. Po operacijos I. 16 d. ligonio savijauta žymiai pablogėjo. T°-ra aukščiau 38°; tvinksnis daugiau kaip 100 per min., blogai prisipildęs; ligonė išblyškusi, labai silpna. Atsirado gelta, tvinksnis ėjo

vis silpnyn. I. 19 d. t° — 40°, tvinksnis vos apčiuopiamas ir vos suskaitomas. I. 20 d. exitus letalis.

10. P. H i r š a s, 29 mt. amž., ligos ist. 1316/207—206 nr., 1938. II. 22 įstojo, susirgęs *kairiojo skruosto ir burnos dugno flegmona, sepsiu.* Maždaug prieš 2 sav. ligoniui buvusi padaryta danties ekstrakcija. Po kelių dienų pasijutęs blogai, buvo šalčio krėtimas, galvos skausmai ir aukšta t°-ra. 2 dienas ligonis išbuvo A - Vid. sk., iš kur su bendrinės kraujo infekcijos reiškiniais perkeltas į Chirurginį skyrių. Ligonis turi didelius skausmus, negali nei išsižioti, nei ryti; t°-ra — 39°. Visas kairysis skruostas patinęs, melsvai raudonos spalvos. Išoriniame ir išvidiniame kairiojo skruosto paviršiuose apčiuopiamas infiltratas, pereinąs į burnos dugną. Ligonis turi šalčio krėtimus. II. 25 d. operacija: išleista daug dvokiančių pūlių. T° — 40,2°, šalčio krėtimas, ligonis šoka ir bėga iš lovos, labai ekzaltuotas. Vakare padaryta incizija žemiau ir lygiagrečiai ramus mandibulae sin., išleista kiek pūlių, įtempimas sumažėjo. Taip pat padaryta incizija in regione peritonsillari sin. II. 26 d. stovis dar pablogėjo. Liežuvis tiek pabrinkęs, jog nebetelpa burnoje. Burnos dugnas infiltravęsis, kietas, ligonis negali ryti. Bendrinis stovis labai blogas. II. 27 d. infiltratas perėjo jau į dešiniąją burnos dugno pusę, t° — 39,2°, tvinksnis apie 120 per min. II. 28 d. ties burnos dugno medialine linija padaryta išilginė incizija, įeita į abi regiones inframandibulares ir išleista daug pūlių. Ligonio savijauta kiek pagerėjo, bet vakare t°-ra vėl 39°, cyanozė, nerimas, bėga iš lovos, rėkia, spardosi. Po kelių valandų aprimo, cyanozė pranyko. T° iki III. 1 d. arti 39°, tvinksnis tarp 100—120 per min. Iš visų pjūvių išėjo daug pūlių. Ligonis gali kiek prasižioti, bent kiek geria, valgo sriubą. Vakare stovis pablogėjo: t°-ra — 39,2°, tvinksnis apie 160 per min., negali ryti, vanduo liejasi pro nosį. Iš žaizdų kairiojoje skruosto pusėje teka pūliai, dešinėje pusėje žaizdos sausos. III. 2 d. pakeisti tamponai, drenai praplauti rivanoliu. Ligonio savijauta labai bloga, blaškosi, nerimauja, vanduo liejasi atgal pro nosį. III. 3 d. staigus gausus kraujavimas iš dešiniojo skruosto žaizdų. Pašalinti drenai ir tamponai, kraujavimas sustabdytas. T° iš ryto 37,5°, vakare t° — 37,7°, tvinksnis 100—120 per min., blogai prisipildęs. Ligonis labai nusilpęs. Padaryta kraujo transfuzija — apie 500 ccm. III. 4 d. savijauta bloga, ligonis miegūstas. III. 5 iš ryto vėl nedidelis kraujavimas iš žaizdų. Bendrinis stovis labai blogas. Ligonis nereaguoja ir į klausimus neatsako. Tvinksnis beveik neapčiuopiamas, ir 16 val. ligonis mirė.

11. B. C h a i m a s, 10 mt. amž., ligos ist. 1846/358 nr., įstojo 1938.. III. 20 d., susirgęs *ūminiu perforuotiniu apendicitu.* Prieš 3 savaites ligonis išsirašė iš ligoninės, kur jam rastas Douglas'o tuštyme pūlynas. Namie ligonis visą laiką buvęs sveikas, jokių skausmų nejautęs. III. 19 d. vakare staiga susirgęs: atsiradę skausmai pilve, vėmęs. III. 20 d. iš ryto buvo atgabentas į ligoninę ir tuojau operuotas. Rastas 7 cm ilgio sustorėjęs, paburkęs, per vidurį perforavęsis apendiksas. Po operacijos ligonio savijauta bloga. Antrą dieną po operacijos išėjo dujų. III. 22 d. pilvas labai išsipūtęs, savijauta bloga, tvinksnis 130—140 per min., menkai prisipildęs, t° iš ryto 37°, vakare 38,8°. Prieš operaciją leukocitų buvo 23.300; gi III. 21. — 10.000. Stovis eina vis blogyn. III. 23 d. del ileus'o reiškinių padaryta enterostomija, tačiau be vaisių. Tvinksnis labai pagreitėjęs, daugiau kaip 160 per min., t° arti 39°. III. 26 d. pilvas išsipūtęs, dujos neišeina, dusulys, ir nakties metu exitus letalis.

12. P. M a k s a s, 44 mt. amž., ligos ist. 1728/257—349 nr., silpnaprotis, su kuriuo negalima susikalbėti. Serga didelio laipsnio *prolapsus recti.* Įstojo 1938. III. 16 d. III. 17 d. bendrinėje eterio narkozėje (su Ombredanne'o kauke) padaryta per laparatomiam K ü m m e l'io operacija ir pašalintas apendiksas. Eiga iki III. 20 d. neypatinga. III. 20 d. vakare t°-ra pakilo iki 39°, tvinksnis 100 per min., ligonis jokių nusiskundimų neturi. III. 23 d. išėjo gerai laukan ir nuo tos dienos kasdien tuštinosi 1—2 kartus. Pilvas minkštas, ligonis skundžiasi tik troškuliu. T°-ra visą laiką aukš-

čiau 38°, o nuo III. 26 d. aukščiau 39°, tvinksnis arti 100 per min., menkai prisipildęs, bet ritmiškas. Ligonis jokių nusiskundimų neturi. Žaizda sugijo per primam. III. 28 d. vakare t°-ra pašoko aukščiau 40°, tvinksnis iki 140 per min. Exitus letalis.

13. P-jis Jonas, 56 mt. amž., ligos ist. 2904/580 nr. Gegužės mėn. gulėjo A-vidaus sk., kur nustatyta diagnozė *ectasia ventriculi, stenosis pylori et haematemesis.* V. 12 d. ligonis įstojo į Chirurginį skyrių labai kachektiškas ir nusilpęs. Čia nustatyta diagnozė *carcinoma ventriculi, stenosis.* V. 13 d. vietinėje anestezijoje ir morphium-scopolamin-coffein intra venam padaryta laparotomija. Rasta carcinoma inoperabile, užimąs beveik visą skrandį. Turint galvoje pylorus'o stenozę, nutarta padaryti gastroenteroanastomosis. G. E. retrocolica post. techniškai negalima atlikti. Vargais negalais padaryta gastro-entero-anastomosis antecolica anterior su Braun'o entero-entero-anastomosis. Jau ant operacinio stalo pranyko art. radialis tvinksnis. Praslinkus 4 val. po operacijos, ligonis mirė.

G-ienė Chaja, 65 mt. amž., ligos ist. 2902/578 nr. Įstojo 1938. V. 12 d. labai sunkiame stovyje, jau 2 dienas *įstrigus bambos trūkiui,* kūdikio galvos dydžio. Tuojau operuota vietinėje anestezijoje. Pasirodė įstrigusi įsnauja (omentum), kuri ir rezekuota. V. 13 d. savijauta bloga, pilvas išsipūtęs, dujos neišeina, vemia, tvinksnis blogai prisipildęs. V. 14 d. t°-ra arti 39°, tvinksnis labai blogas, pilvas išsipūtęs, vemia. Exitus letalis.

15. D-is Gdalija, 64 mt. amž., ligos ist. 2473/492 nr. Įstojo, 1938. IV. 24 d., sirgdamas *ca oesophagi et ventriculi.* Tą pačią dieną vietinėje anestezijoje vargais negalais padaryta gastrostomija Kader'o būdu, nes visas skrandis buvo susiraukšlėjęs (atrofiškas). Ligonio stovis po operacijos ėjo vis blogyn, savijauta pasidarė blogesnė ir, V. 18 d. exitus letalis.

16. V-ienė Michalina, 70 mt. amž., ligos ist. 2725/471—576 nr., perkelta iš A-Vidaus sk. 1938. V. 12 d.; išbuvusi tenai tyrimo bei parengimo tikslais 9 dienas, nustačius diagnozę *occlusio choledochi, icterus gravis.* Ligonė turinti skausmus dešin. hypochondrium'e, kur ties padidėjusių kepenų kraštu apčiuopiamas kietos konsistencijos, kaštano dydžio, auglys. Mėginamosios laparotomijos metu vietinėje anestezijoje, kombinuojant eucodal + scopolamin + ephetonin intra venam, rasta: kepenys užimtos atskirais įvairaus dydžio metastaziniais navikais. Tulžies pūslė didelė, kieta, apaugusi ir navikiškai degeneravusi. Kepenys ir tulžies pūslė tampriai susijusios su degeneravusia kasa. Po operacijos ligonės stovis ėjo blogyn, tvinksnis blogai prisipildęs. V. 20 d. ligonė mirė.

17. P-ienė Marijona, 66 mt. amž., ligos ist. 3256/656 nr. Įstojo 1938. V. 28 d. Nustatyta diagnozė *hernia femoralis sin. incarcerata.* Įstrigimas įvykęs prieš 6 dienas. 2 dienas prieš įstodama ligonė smarkiai vėmusi, pilvas buvo kietas, išsipūtęs, laukan nėjusi. Tuojau vietinėje novokaino anestezijoje operuota. Rasta įstrigusi pakitusi įsnauja (omentum) ir laibųjų žarnų kilpa su nekroze bei perforacija. Įsnauja rezekuota, perforavusi vieta užsiūta, o kilpa palikta išorėje. Žarnų rezekcija nedaryta del visai blogo ligonės stovio. Po operacijos savijauta labai bloga, tvinksnis vos apčiuopiamas, galūnės cyanoziškos. Kitą po operacijos dieną, neišbuvusi ligoninėje 1 paros, ligonė mirė.

18. P-ytė Pranė, 22 mt. amž., ligos ist. 3565/713 nr., įstojo 1938. VI. 12 d., sirgdama *morbus Basedowii,* labai sunkiame stovyje su exophthalmus, užkimusiu balsu, tvinksniu 120 per min., su Graeffe's ir Moëbius'o simptomais. Leukocitų 10.800. Nervų sistema sutrikusi, ligonė bėga iš lovos, ypač naktimis, bijo žmonių. Taip pat sunkiai ryja. 2 savaites prieš įstodama gulėjusi vienoje apskrities ligoninėje, kur buvusi gydoma jodu ir antithyreoidin'u. Pas mus iki VI. 21 d. buvo ruošiama operacijai lugoliu ir luminaliu. VI. 21 d. vietinėje-sritinėje anestezijoje, kombinuojant su morphium-scopolamin-coffein intra venam, padaryta subtotalinė kumščio dydžio strumos rezekcija, perrišus visas 4 kraujagysles. Operacijos metu tvinksnis visą laiką buvo blogai prisipildęs, minkštas ir dažnas. Ligonė perkelta į lovą ir, praėjus 15 min. po operacijos, mirė.

19. G. Jokelis, 64 mt. amž., ligos ist. 3640/730 nr., įstojo 1938. VI. 15 d., susirgęs *dideliu sprando karbunkulu ir diabetu*. Serga jau 3 savaites. Chloretiliu apkvaišinus, diaterminiu peiliu padarytas kryžiaus pavidalo pjūvis. Cukraus kiekis kraujyje nuo 156 mg %, nepaisant standartinės dietos ir insulino terapijos, pakilo iki 193 mg %, vėliau 224 mg % ir dar vėliau 298 mg %. Ligonio savijauta ir stovis vis blogėję, atsiradęs icterus, ir VII. 3 d. ligonis mirė.

20. C-tė Gišė, 33 m. amž., ligos ist. 4198/858 nr., atgabenta į ligoninę 1938. VII. 8 d., kaip sunkiai nukentėjusi automobilio katastrofoje, be sąmonės, in extremis, turėdama *fractura cranii et femoris, commotio cerebri*. Tuojau padarytas žaizdų tualetas su susiuvimu. Pavartotos įvairios gaivinamosios priemonės. Ligonė po 3 val. mirė.

21. D. Šmuelis, 52 mt. amž., ligos ist. 4802/8207—986 nr., 1938. VIII. 3 d. perkeltas iš A-Vidaus sk., nustačius *volvulus s-romani*. Ligonis tuojau operuotas bendrinėje eterio narkozėje. Rasta: s-romanum (megasigma) labai išsipūtusi ir apsisukusi aplink savo ašį, užima visą kairiąją pilvo pusę, savo galu siekdama diafragmą, o savo šonu priaugusi prie skrandžio. Atpalaiduojant megasigmą nuo suaugimų ir eventeravus ją, jos siena trūko. Išsiliejo baltai pilkos spalvos masės bei gabalėliai degtukų formos (baris peršvietus rentgenu). Perforavusi vieta užsiūta trieilinėmis siūlėmis, apsisukimas atitaisytas ir padarytas vad. „Vorlagerung" s-romanum. Vakare ligonio stovis labai pablogėjo. VII. 4 d. ligonio savijauta dar pablogėjo, tvinksnis vos apčiuopiamas, liežuvis sausas, ligonis neramus, blaškosi. Vakare exitus letalis.

22. G-tė Merė, 12 mt. amž., ligos ist. 4814/385 nr., įstojo 1938. VIII. 3 d. trečią po susirgimo *sunkiu ūminiu apendicitu* dieną. Leukocitų — 22.000. Namuose padaryta klizma; vėmusi. Įstojimo dieną nevėmusi ir išėjusi laukan, bet del vis didėjančių skausmų atgabenta į ligoninę. Bendrinėje eterio narkozėje tuojau operuota. Atidarius pilvą, rastas pūlingas dvokiąs skystis, vienagalė žarna (coecum) fiksavusis, apendiksas sustorėjęs, pabrinkęs, savo galu priaugęs gilumoje. Atseparavimo metu paaiškėjo, kad apendiksas ties savo terminaliniu galu yra trūkęs. Apendiksas ir jo trūkęs galas pašalintas. Pilvas praplautas sol. acidi muriatici. Įstatyti tamponai. VIII. 4 d. ligonio stovis sunkus. T°-ra — 38,2°, tvinksnis apie 150 per min., blogai prisipildęs. Ligonis vėmęs tamsiomis gleivėtomis masėmis. VIII. 5 d. tvinksnis vos apčiuopiamas, ligonis blaškosi, vaitoja, daug kartų vėmė (skrandžio plovimas), liežuvis sausas, pilvas kietas, dujų kiek išėjo. VIII. 6 d. stovis dar pablogėjo, tvinksnio nėra. Vakare exitus letalis.

23. V-tė Šifra, 21 mt. amž., ligos ist. 5437/1110 nr. Įstojo 1938. IX. 1 d., susirgusi *ūminiu perforavusiu apendicitu* ir *peritonitu* labai sunkiame stovyje. Tvinksnis 120 per min., leukocitų — 9.900; 38 lazdelinių, 44 segmentinių, 9 lymfocitų, 1 monocitas, 8 jaunųjų. Operacijos metu pilvo tuštyme rasta daug pūlių, apendiksas buvo retro- ir latero-pozicijoje, sunkiai ištraukiamas, labai sustorėjęs, melsvai violetinės spalvos. Apendiksas pašalintas retrogradiškai. Ties viršūne jis perforavęsis. Įstatytas tamponas. IX. 3 d. ligonio savijauta bloga, pilvas išsipūtęs ir išsitempęs, tvinksnis daugiau kaip 120 per min., t°-ra — 37,6°. IX. 4 d. dujos neišeina. Pilvas toks pat, tvinksnis blogai prisipildęs. IX. 5 d. facies abdominalis, dujos neišeina, tvinksnis blogas, vos apčiuopiamas. Del peritonito nutarta padaryti iš kairės pusės kontrapertūra ir išleisti pūliai. Ligonės savijauta ir stovis eina blogyn, ir 12 val. mirė.

24. G-ienė Lina, 80 mt. amž., ligos ist. 5520/1124 nr., įstojo 1938. IX. 3 d., labai nusilpusi del *gangraena cruris sin. diabetica*. T°ra iš ryto 38,5°, vakare 39,3°. IX. 6 d. vietinėje anestezijoje be varžto padaryta exarticulatio cruris sin. Po operacijos t°-ra nukrito iki 37,2°, tvinksnis 140 per min. Cukraus kraujyje 152 mg %: ligonės savijauta ir stovis eina vis blogyn. IX. 13 d. cukraus kraujyje 302 mg %, nepaisant dietos ir insulino terapijos. IX. 14 d. tvinksnis visai blogas. Vakare exitus letalis.

25. C-ienė Olė, 37 mt. amž., ligos ist. 4926/647—1115 nr. 1938. IX. 2 d. perkelta iš paviliono del *retroperitonejinio pūlyno.* Susirgimo pradžioje buvo įtartas *typhus abdominalis,* bet kraujo bakteriologiškas tyrimas ir Vidal'io reakcija neigiamos. IX. 4 d. vietinėje anestezijoje dešiniajame šone žemiau šonkaulių lanko, vidurinėje pažastinėje linijoje padarytas pjūvis ir išleista iš spatium retroperitoneale gilumos labai daug pūlių; įstatytas setonas. Savijauta po operacijos bloga, temperatūra hektiška, tvinksnis pagreitėjęs. Ligonė eina blogyn, ir IX. 16 d. mirė.

26. S-ienė Pranė, amžius nepažymėtas, ligos ist. 4634/798—1028 nr., perkelta iš A-Vidaus sk. 1938. VIII. 10 d., nustačius diagnozę: *empyema vesicae felleae (?), hepatis (?)* sunkiame stovyje. Vidaus skyriuje ligonė išgulėjo nuo VII. 26 d., skųsdamasi dideliais skausmais dešiniajame hypochondrium'e, šalčio krėtimu ir aukšta t°-ra. Duodeninis zondas įvesti nepavyko. Apie VIII. 6 d. terapeutai konstatavo patinimą in regione hypochondrii dextri, kuris VIII. 7 d. dar paryškėjo. VIII. 8 d. patinimas jau lyg apsirėžęs; matomas akimis aiškus pakilimas. VIII. 9 patinimas plaštakos didumo. T°-ra krito nuo 38,6° iki 35,8°. Chloretiliu apkvaišinus, per patinimo vietą padarytas pjūvis; išėjo daug pūlių, kurie buvo pilvo sienoje (abscessus parietis abdom.). Maitinamojoje medžiagoje išaugo pneumokokai. Iki IX. 2 d. savijauta ir stovis kiek pagerėjo, ligonė skundžiasi tik silpnumu. IX. 2 d. t°-ra pakilo iki 38,2°, tvinksnis 120 per min. Ligonė skundžiasi skausmais šlapiminėje pūslėje, varoma dažnai šlapintis. Iš žaizdos teka pūliai. Kateteriu paimtuose šlapimuose rasta pavienių leukocitų, daug gleivių ir bakterijų, urobilinogenas (++). T°-ra. kiek pasvyravusi, vėliau išsilygino, pasidarė subfebrilė, tvinksnis atitinka temperatūrą. IX. 14 d. leukocitozė 21.000 (VII. 28 d. tik 9.000); leukocitų vaizdas: lazdelinių — 7, segmentinių — 78, lymfocitų — 15. Savijauta pablogėjo. Žaizda blogai atrodo. Tvinksnis eina blogyn. IX. 18 d. širdis ir kraujagyslės nusilpo; exitus letalis.

27. V-tė Dveirė, 7 mt. amž., ligos ist. 4779/976 nr., įstojo 1938. VIII. 2 d., susirgusi *ūminiu osteomyelitu* kairiajame šlaunikaulyje. VIII. 3 d. incisiones iki kaulo. Kaulas nepasidengęs antkauliu, fossa poplitea apnuogėjusi, kaulas šiurkštus. Kontrapertūra, drenai. Ligos eiga komplikavosi bendriniu kraujo užkrėtimu. Gydoma propidon'u (Delbet). T°-ra visą laiką labai aukšta, tvinksnis pagreitėjęs, menkai prisipildęs. VIII. 9 d. leukocitų 18.400. Ligonės stovis eina vis blogyn, kaulas sekvestravęsis. Nefritas. IX. 13 d. leukocitų 16.400. Širdis blogai veikia. T°-ra nuo IX. 10 d. normali. Organizmas silpnėja, stovis blogėja, ir IX. 20 d. ligonė mirė.

28. Š-ienė Elzė, 26 mt. amž., ligos ist. 5319/506—1140 nr., perkelta iš ginekologinio skyriaus 1938. IX. 10 d. Ten ligonė gulėjo sirgdama *pyelitis gravidarum,* kuris komplikavęsis *paranefritiniu pūlynu.* Ligonė labai sunkiame stovyje: Hb — 44%, leukocitozė — 20.100, urejos kraujyje 110 mg %, šlapimų kiekis mažas, temperatūra svyruojanti hektiškai (tarpais typus inversus), šalčio krėtimas, prakaitavimas ir t. t. Pilvas išsipūtęs, dujos neišeina, viduriai neveikia. Iš dešinės užpakalyje Feodorov'o pjūviu išleisti skysti pūliai. Ligonės savijauta eina vis blogyn. Urejos kiekis kraujyje auga: IX. 14 d. — 132 mg %, IX. 15 d. — 160 mg %, IX. 16 d. — 210 mg %. Tvinksnis visai blogai prisipildęs. Ex consilio nutarta padaryti *sectio caesarea vaginalis* modo Dürsen. Nuo IX. 17 d. ligonė nesąmoninga. IX. 18 d. leukocitų 28.800, jų vaizdas: lazdelinių 7, segmentinių — 87, lymfocitų 6; Hb — 40%, urejos kraujyje 200 mg %. Tvinksnis labai blogas. IX. 21 d. exitus letalis.

29. R-as Henochas, 82 mt. amž., ligos ist. 5028/1044 nr., įstojo 1938. VIII. 11 d. del *vulnera contusa capitis.* Skundėsi vėmimu, blogu tvinksniu, bendriniu silpnumu. Žaizdų tualetas (Friedrich'o būdu). Be šitos ligos, paaiškėjo, kad ligonis sergąs dar prostatitu su cystitu (baltymų 1,65‰, leukocitų 60—70—80 reg. lauke, eritrocitų — 40—50 r. lauke,

šviežių). Urejos kraujyje VIII. 19 — 224 mg %, ligonio savijauta bloga. Stovis eina vis blogyn. IX. 25 d. ligonis mirė del uremijos.

30. Š. Boruchas, 73 mt. amž., ligos ist. 6070/1245 nr., įstojo 1938. X. 2 d., sirgdamas *ca recti* ir būdamas jau kachektiškame stovyje, su dalinio ileus'o reiškiniais. Tuojau padarytas anus praeternaturalis. Ligonio savijauta bloga, stovis eina vis blogyn. X. 9 d. staigus širdies silpnumas. Exitus letalis.

31. L. Geršonas, 40 mt. amž., ligos ist. 6087/1032—1273 nr., 1938. X. 9 d. perkeltas iš A - Vidaus sk. operacijai. Už 3 dienų prieš įstojant į ligoninę staiga užėję dideli skausmai pilve, ligonis vėmęs ir viduriavęs. Pilvas kiek išsipūtęs; bet skaudžių taškų nustatyti nebuvo galima. Kraujyje 9.700 leukocitų; jų vaizdas: lazdelinių 5, segmentinių 74, lymfocitų 16, monocitų 5. Šlapimuose nieko ypatingo nepastebėta. Operuotas del nežinomos kilmės *ileus'o*. Padarytas medialinis pjūvis per lineam albam, pradėjus 5—6 cm aukščiau bambos ir apėjus iš kairės iki symphysis ossis pubis. Apžiūrėjus pilvo tuštymą, rasta: laibosios žarnos (2 metrų ilgio) žemiau plica duodeno-jejunalis išsiputusios. Viena klubinės žarnos (ileum) kilpa įstrigusi iš vidaus anulus inguinalis medialis. Įstrigusi kilpa nebuvo pakitusi, ji atpalaiduota iš įstrigimo vietos, o pilvas užsiūtas aklinai. X. 10 d. iš ryto tvinksnis vos apčiuopiamas, liežuvis sausas, facies abdominalis, cyanozė. Po pietų tvinksnis pranyko, ligonis mirė.

32. V--is Kazys, 56 mt. amž., ligos ist. 6559/1391 nr., 1938. XI. 2 d. perkeltas iš A-Vidaus sk., kaip labai sunkiai susirgęs *empyema pleurae putridum*, Bülau'o drenažui įvesti. Ligonis buvo keletą kartų punktuotas, pūliai iščiulpiami dideliais kiekiais. XI. 6 d. pro storą troakarą įvestas į pleuros tuštymą drenas, sujungtas su buteliu. Išėjo daug dvokiančių pūlių. Nakties metu žymus tvinksnio pablogėjimas, cyanozė, sąmonės netekimas. XI. 7 d. anksti rytą exitus letalis.

33. V-as Šleime, 80 mt. amž., ligos ist. 6820/884—1497 nr., 1938. XII. 1 d. perkeltas iš B-Vidaus sk., nustačius diagnozę *gangraena pedis sin. diabetica*, operacijai. Vietinėje anestezijoje be varžto padaryta exarticulatio cruris sin. Cukraus kiekis kraujyje pašoko iki 181 mg %, vėliau 188 mg %. Ligonis darosi apatiškas, stovis eina vis blogyn. XII. 4 d. ligonis mirė.

34. J-fė Ruvimas, 41 mt. amž., ligos ist. 7278/918—1583 nr., 1938. XII. 14 d. perkeltas iš Urologinio skyriaus labai sunkiame stovyje su gelta ir skausmais in regione hypochondrii dextri, kur jaučiamas lyg iškilimas. T°-ra hektiška, tvinksnis blogai prisipildęs tarp 100 ir 120 per min., leukocitų 13.700, o jų vaizdas: eozinofilų 1, lazdelinių 2, segmentinių 77, lymfocitų 13, monocitų 7. Diferencinė diagnozė tarp *subdiafragminio ir kepenų pūlyno*. XII. 25 d. labai sunkiame stovyje ligonis operuotas. Rastas ir atvertas iš užpakalio kepenų pūlynas. Po operacijos periferinė kraujo apytaka visiškai nustojo veikusi. Vakare ligonis mirė.

II. Neoperuotų ligonių mirimai.

1. L-tė Cilė, 8 mt. amž., ligos ist. 728/137 nr., 1938. I. 23 d. įstojo į ligoninę. Jau dvi savaites nuo susirgimo pradžios pasireiškė aukšta temperatūra, viduriavimai, pilvas labai išsipūtęs, sukietėjęs ir pasidaręs skaudus. Leukocitozė — 30.000. Stovis be vilties. I. 27. d. ligonė mirė del peritonito.

2. M-as Benjaminas, 57 mt. amž., ligos ist. 861/156 nr., 1937 metų pabaigoje sirgęs pneumonia migrans, kuri po 6—7 savaičių pasibaigusi. Vėliau dešiniosios šlaunies apatiniame trečdalyje atsiradęs pūlynas, kuris namuose atsivėręs. Po savaitės atsiradęs toks pat pūlynas tos pačios šlaunies viršutiniame trečdalyje. Išleista labai daug pūlių. I. 22 d. iš žaizdos (viršutiniojo šlaunies trečdalio) 3 kartus smarkiai kraujavo, del ko ligonis 1938. I. 28 d. įstojo į ligoninę. Ligonis yra labai blo-

game stovyje, išblyškęs. Širdies ribos prasiplėtusios, Hb — 37%, eritrocitų 2.560.000, leukocitų 23.500. Šlapimuose 20—30 leukocitų reg. lauke. 100—200 eritrocitų reg. lauke. Diagnozė: *bendrinė kraujo infekcija (sepsis) po pneumonijos.* Padarytos 2 transfuzijos, duota cebion'o, ferrostabyl'io ir t. t. Ligonio savijauta eina vis blogyn. Širdies ribos prasiplėtusios į kairę, blogai veikia. Plaučiuose atsirado drėgnų karkalų. Ligonis žaksi. Vėliau atsirado dekompensacijos reiškiniai, uremija. II. 7 d. ligonis mirė.

3. B-as Bencelis, 1½ mt. amž., ligos ist. 1440/281 nr. 1938. II. 27 d. įstojo į ligoninę. Atgabentas labai sunkiame stovyje. Vaikas susirgęs iš ryto, vėmęs ir viduriavęs gleivėmis. Diferencinė diagnozė: *invaginatio?, intoxicatio?, colitis acuta?* Rentgeno tyrimas invaginacijos diagnozės nepatvirtino. Stovis ėjo vis blogyn, ir, neišbuvęs 12 val. ligoninėje, vaikas mirė.

4. B-ienė Bliuma, 69 mt. amž., ligos ist. 1826/352 nr., 1938. III. 19 d. (5-tą ligos dieną) atgabenta į ligoninę in extremis. Pilvas išsipūtęs, dešinėję pilvo pusėje apčiuopiamas aukščiau bambos nevisai aiškiai apsirėžęs sukietėjimas. Diferencinė diagnozė: *tumor abdominis?, appendicitis acuta cum infiltratione?* Neišbuvusi paros, ligonė mirė.

5. K-ienė Rochė, 72 mt. amž., lig. ist. 1875/364 nr., įstojo 1938. III. 22 d., būdama kachektiškame stovyje del *carcinoma mammae dextrae exulcerans inoperabile.* III. 28 d. mirė.

6. G-aitė Bliuma, 15 mėn. amž., ligos ist. 2271/445 nr., 1938. IV. 11 d. įstojo į ligoninę, susirgusi *peritonitu* (appendicitis acuta toxica?, peritonitis acuta?) in extremis, be tvinksnio. Neišbuvusi paros, ligonė mirė.

7. Ž-ienė Marijona, 50 mt. amž., ligos ist. 2117/410 nr., 1938. IV. 3 d. įstojo antrą kartą į ligoninę kachektiškame stovyje del *carcinoma faciei (buccae) recidivum.* Pirmą kartą buvo padaryta naviko elektrokoaguliacija, ligonė gavo 7 rentgenoterapijos seansus. Savijauta ligonės eina vis blogyn, kacheksija didėja. V. 11 d. ligonė mirė.

8. M-is Leiba, 76 mt. amž., ligos ist. 3359/671 nr., 1938. VI. 2 d. įstojo į ligoninę del *gangraena pedis sinistra arteriosclerotica* užleistame stovyje. Liga komplikavosi bendrine kraujo infekcija (sepsis) ir pneumonija. VI. 8 d. ligonio stovis ir savijauta visai pablogėjo, tvinksnis beveik išnykęs. Tą pačią dieną ligonis mirė.

9. A-as Šn., 60 mt. amž., ligos ist. 3032/422—710 nr., 1938. VI. 10 d. perkeltas iš B-Vidaus sk. labai blogame stovyje, išblyškęs, su greitu, blogai prisipildžiusiu tvinksniu ir aptemusia sąmone. Jam buvo nustatyta diagnozė: *tumor sinus costo-diaphragm. dextr.?* Aukščiau IX-ojo šonkaulio iš dešinės pusės punktuota. Punktatas buvo rudai rausvos spalvos. Riwalta teigiama, baltymų — 20‰, šarminė reakcija. Mikroskopiškai — pavieniai leukocitai, eritrocitai dengia iki ketvirtadalio reg. lauką, kur ne kur epitelio celės. VI. 17 d. iš pleuros tuštymo išleista 200,0 kruvino skystimo. Ligonio savijauta ėjo vis blogyn. VI. 20 d. ligonis mirė.

10. S-tė Menuchė, 4 mt. amž., ligos ist. 4641/950 nr., 1938. VII. 26 d. *suvažinėta vežimu,* kuris suspaudęs jai krūtinę ir pilvą. Mergaitė tuojau atgabenta į ligoninę. Ligonė miegūsta, tačiau į klausimus atsakinėja, viską atmena. Cyanozė, pasunkėjęs alsavimas, vėmimas kraujais, blogas tvinksnis, stovis labai sunkus, beviltiškas. Neišbuvusi paros, mergaitė mirė.

11. B-ienė Dveirė, 48 mt. amž., ligos ist. 3414/676 nr., 1938. VI. 6 d. įstojo 10-tą nuo susirgimo dieną su infiltratu pilve iš dešinės pusės *(appendicitis acuta)* ir *nefritu.* Šlapimuose rasta: baltymų — 1,65‰, leukocitų 3—4—5 reg. lauke, eritrocitų — 20—25 reg. lauke, hyalininių cilindrų 20—25, daug uratų. Kraujas: Hb. — 53%, eritrocitų 3.240.000, leukocitų 22.300, jų vaizdas neypatingas. VI. 15 d. atsirado skaudus infiltratas ir iš kairės pilvo pusės, t°-ra svyruoja iki 39° (hektiška), tarpais ligonė viduriuoja. Šlapimuose atsirado ir granulinių cilindrų, apie 8—10 preparate. Kartais ligonė vėmė, stovis ėjo vis blogyn. VII. 18. Hb. — 33%,

eritr. 1.950.000, leukoc. — 8.400, o jų vaizdas pablogėjo — eozinofilai pranyko, lazdel. 12, segment. 75, lymfoc. 9, monocitų 4. Tiriant per rectum, Douglas'e viršuje apčiuopiamas iš dešiniosios ir kairiosios pusės kietas infiltratas. Ligonį dažnai varo laukan, išmatos labai dvokia. Atsirado pragulos. VII. 27 d. iš ryto ligonė staiga nustojo kalbėjusi, stovis priminė coma. Tvinksnis vos apčiuopiamas. Exitus letalis.

12. I-ienė Apolonija, 23 mt. amž., ligos ist. 4921/1012 nr., 1938. VIII. 7 d. įstojo į ligoninę labai sunkiame stovyje, susirgusi *difuzišku peritonitu.* Ligonė susirgusi už 3 dienų prieš įstodama. Liga prasidėjusi vėmimu, skausmais duobutėje, aukšta temperatūra (iki 39,4°). Ligonė gėrė ricinos, rūgščios druskos, kišusis „plunksną" į gerklę. Paleido vidurius, bet t°-ra vis kilo, pilvas išsipūtęs, pasidaręs labai skaudus, ypač in regione ileo-coecali. Aiškus défence musculaire. Ligai progresuojant, ligonė VIII. 15 d. mirė.

13. Š-tė Beilė, 28 mt. amž., ligos ist. 4897/1007 nr., 1938. VIII. 6 d. atgabenta iš Šiaulių m. labai sunkiame stovyje su *vulnera sclopetaria capitis et colli.* Ligonė turi paralysis n. facialis sin., dešiniąją ranką gali pakelti tik iki horizontalės plokštumos. Iš kairiosios ausies teka kruvinas smegeninis skystis. Rentgenogramoje en face matoma kulka, o zygomaticum sin. srityje ir šoninėje rentgenogramoje — pars petrosa ossis temporalis sin. srityje. Kerning'as ir opisthotonus pasireiškę aiškiai. Iš pradžių buvęs nežymus pagerėjimas iki VIII. 11 d. Toliau atsiradę šalčio krėtimai, dideli galvos skausmai, nesąmoninga kalba, vėmimai. Neuralginis tyrimas: kairiosios akies exophthalmus, paralysis n. facialis sin., dešiniosios rankos parezė vidutinio laipsnio; sausgyslių refleksai iš abiejų pusių pakilę, jautrumas nesutrikęs. VIII. 13 d. subokcipitalinė punkcija. Galvos skausmai dideli, savijauta bloga. Opisthotonus labai pasireiškęs. Smegeninio skysčio bakteriologiškas tyrimas: jo pasėjus, išaugo pneumokokai. Otiatro tyrimas — trauminis labirintitas. Ligonės stovis ėjęs vis blogyn, meningitiniai reiškiniai progresavę. VIII. 19 d. exitus letalis.

14. P-as Icikas, 65 mt. amž., lig. ist. 5254/1086 nr., 1938. VIII. 21 d. įstojo 16-tą nuo susirgimo dieną del labai *sunkaus difuziško peritonito apendicitinės kilmės.* Jam buvo pasireiškę toksiniai viduriavimai ir vėmimai. Leukocitų 16.500; jų vaizdas: jaunųjų 2, lazdelinių 24, segmentinių 62, lymfocitų 12, monocitų ir eozinofilų visai nebuvę. T° subfebrilė, tvinksnis 100—120 per min. Stovis be vilties. VIII. 24 d. exitus letalis.

15. V-ytė Brigita, 3 mt. amž., ligos ist. 5393/1101 nr., įstojo 1938. VIII. 30 d. labai sunkiame stovyje del *pneumokokinio peritonito.* Susirgusi staiga prieš 4 savaites. Išsipūtęs pilvas, negalėjusi išeiti laukan. Motina davusi ricinos — paleidę vidurius. T° pakilusi iki 38,3°. Buvusi paguldyta į vieną ligoninę, kur išgulėjusi 4 dienas ir grįžusi namo. Namie išbuvusi 1½ savaitės, vėl buvusi paguldyta į kitą ligoninę, kur išgulėjusi 3 dienas. Gydytojas lyg pareiškęs, kad aklosios žarnos uždegimo pūliai išėję pro išeinamąją žarną; išrašyta tartum pasveikusi. Namie mergaitė pradėjusi vemti. Atgabenta pas mus. Temperatūra normali, tvinksnis 140 per min., minkštas. Kraujo tyrimas: Hb. — 57%, leukocitų 11.400; jų vaizdas: jaunųjų 4, lazdelinių 34, segmentinių 20, lymfocitų 40, monocitų 2. Šlapimuose daug bakterijų. Pilvas labai išsipūtęs, išsitempęs, skaudus. Ligonės išvaizda labai bloga: akys įdubusios, liežuvis sausas; vemia ir viduriuoja . VIII. 8 d. t° — 35°, tvinksnis vos apčiuopiamas. Stovis be vilties. VIII. 9 d. exitus letalis.

16. G-as Nochumas, 46 mt. amž., ligos ist. 6161/1261 nr., 1938. X. 7 d. atgabentas in extremis del icterus gravis ir kacheksijos. Diagnozė: *tumor hepatis.* Neišbuvęs 12 val., ligonis mirė.

17. F-ienė Dobė, 43 mt. amž., ligos ist. 7033/686—1448 nr., 1938. XI. 21 d. perkelta iš ginekologinio skyriaus labai sunkiame stovyje del *difuziško peritonito.* XI. 22 d. ligonė mirė.

18. O-tė Verutė, 13 mt. amž., ligos ist. 7454/1529 nr.. 1938. XII. 8 d. atgabenta labai sunkiame stovyje del *combustio corporis III°*. Gydoma taninu. Ligos eiga komplikavosi pneumonija. Mergaitė mirė XII. 18 d.

Chirurginio skyriaus personalas.

Chirurginio skyriaus personalą sudaro:

1) gyd. B. Zacharinas, etatinis konsultantas;
2) gyd. S. Rabinavičius, ordinatorius;
3) gyd. R. Kaplanaitė-Molkienė, vyr. asistentė;
4) ir 5) gyd. J. Fridmanas ir gyd. I. Vidučinskis, jaun. asistentai;
6) ir 7) gyd. R. Sobolevičius ir gyd. L. F. Feldšteinas, neetatiniai asistentai.

1938 metams baigiantis, etatinis jaun. asist. gyd. J. Fridmanas paskirtas Telšių Žydų ligoninės chirurginio skyriaus vedėju ir nuo gruodžio mėn. atleistas iš Kauno Žydų ligoninės chirurgijos skyriaus.

Atskaitomaisiais metais chirurgijos skyriuje atliko stažą 25 gydytojai stažistai.

Gailestingųjų seserų buvo: 2 operacinėje, 4 prityrusios chirurginės seserys palatose ir vienas felčeris. Be to, skyriuje dirbo „Oze" gailestingųjų seserų kursų praktikantės, kurių nuolatos būdavo 4. Išėjo del ligos buv. chirurg. sk. vyr. sesuo pensininkė, kuri daug padėdavusi skyriuje, dalindama maistą ir rūpestingai prižiūrėdama švaros ir tvarkos. Jau būdama pensininke, ji nenuilstamai savo noru rūpindavosi ligoniais ir sielojosi skyriaus reikalais, su pasiryžimu ir dideliu pasišventimu ėjo savo pareigas. Chirurginis skyrius reiškia jai čia savo padėką ir pagarbą.

Slaugytojų skyriuje buvo 7. Tvarstomajame buvo atskira slaugytoja.

Chirurginio skyriaus personalo mokslo darbai.

Per 1938 m. Chirurginio skyriaus gydytojų išspausdinti šie mokslo darbai:

1. gyd. B. Zacharino: „Vietinės anestezijos kombinacija su intravenine morphium-scopalamin-coffein injekcija" („Medicina" 1938 m. 8 nr.);
2. gyd. B. Zacharino: „Kauno Žydų ligoninės chirurgijos skyriaus 1937 m. apyskaita" („Medicina" 1938 m. nr.);
3. gyd. S. Rabinavičiaus: „Fractura colli femoris atsitikimo operatyvinis gydymas" („Medicina" 1938 m. 8 nr.);
4. gyd. J. Fridmano: „Hypochloremijos simptomų kompleksas ir hipertoninių natrium chloratum skiedinių vartojimas klinikoje kovai su hypochloremija" („Medicina" 1938 m. 8 nr.).

Be to, ligoninės konferencijose, Lietuvos Chir. Dr-joje, K. M. Gyd. Dr-joje, Karo San. Mokslo Dr-joje skyriaus gydytojai padarė daugelį pranešimų ir demonstravo 32 atsitikimus bei preparatus, 1 kinofilmą, savąjį ortopedinį stalą, elektros apšvietimo agregatą karo lauko chirurginėms įstaigoms, plėstuvus laparotomijai ir t.t.

Į užsienius buvo išvykę savo lėšomis tobulintis: gyd. B. Zacharinas (Prancūzijoje 1 mėn.) ir gyd. Rabinavičius (Budapešte 1 mėn.).

Referatai.

VAIKŲ LIGOS.

17. K n a u e r, H.: **Ar galima perstatymo būdu pro odą pakeisti limpamųjų ligų eiga?** (Is es möglich, auf dem Wege der Umstimmung durch die Haut den Ablauf von Infektionskrankheiten abzuändern?) („Arch. f. Kndrhlk." Bd. 115, s. 1—13, 1938).

Autorius, pabrėžęs meningokinio meningito blogą prognozę pirmais ir antrais gyvenimo metais ir specifiško serumo neveiklumą, tuo pačiu metu teigia, kad seruminės ligos prisidėjimas suminėto susirgimo prognozę pagerinąs. Autorius mano, kad oda esanti svarbus organizmo apsigynimo kovoje įrankis, ir pateikė eilę įrodymų, pvz., pavojų gyvybei, nustojus didelę odos dalį. Čia neturima galvoje odos kvėpavimo iškritimas todėl, kad ichtyosis atveju nėra svarbiausių bendrinių sutrikimų. Antra vertus, furunkuliozė, noma ir panašūs susirgimai pastebimi vaikams, turintiems rezistencijos nusilpimą ir dizergiją.

Infekcinės ligos, duodančios išbėrimus, paliekančios visam gyvenimui atsparumą, kas labai retai būna kitų apkrečiamųjų ligų atveju. Faktas, kad nirvanolis veikiąs chorea minor tik išbėrimo pasirodymo metu, verčiąs mus apie tai galvoti. Esąs neišaiškintas reiškinys, kad vieniems nirvanolio reakcija įvykstanti greitai, suteikus jo mažus davinius, o kitiems nesanti, net didelių davinių davus. Didelis palinkimas sirgti vaikų, turinčių diathesis exsudativa, eczema, kaip ir kai kurių tokių vaikų ūmi mirtis (E c z e m t o d) parodę, kad jų imuniteto procesai vykstą kitaip, negu normalios konstitucijos vaikų. Odoje aktivuojąsi vitaminai. Daugeliui žmonių, pašvitinus kvarco lempa ir saule, padidėjęs bendrinis atsparumas (grįžus iš pajūrio arba iš kalnų). Nudegusiems saule vaikams, susirgusiems vėjaraupiais, išbėrimas tepasirodąs tik padengtose kūno vietose. Įdomu, kad vaikams pirmomis atostogų dienomis vasarvietėje įvykstąs rezistencijos kritimas (neigiama fazė?), kas pasireiškiąs dažnomis anginomis.

Švitinant kvarco lempa, esą galima vėjaraupių išbėrimas lokalizuoti tam tikrose vietose, o kitose — nustelbti.

Autorius vienuolikai meningito atsitikimų, be paprastų punkcijų, vartojęs tiktai odos švitinimą kvarco lempa, stengdamasis sukelti odos reakciją ir priėjęs išvadą, kad epideminis meningitas, turėjęs blogą prognozę, pagyjąs, jeigu tik įvykstąs kūno perstatymas (U m s t i m m u n g) pro odą, kas pasireiškiąs reakcija į švitinimą. Esą atsitikimų, kada oda į švitinimą liekanti anergiška, ir kada tokie pacientai pakelią davinį, kuris suaugusiems duodąs stiprų nudegimą. Šitiems vaikams atsparumo jėga esanti silpna, prognozė bloga. Fotoaktyvios substancijos (tripoflavin) galinčios sukelti odos reakciją ir padidinti organizmo atsparumą, todėl, kad odos reakcija ultravioletiniams spinduliams esanti organizmo apsigynimo jėgų saikas. Tarp odos ir centrinės nervų sistemos esąs ne tik embriologinis sąsyjis, bet ir vėliau pasilieką tarpusaviai santykiai. Odos nejautrumas siejąsis su ypatingu centrinės nervų sistemos palinkimu susirgti. *L. Melamedas* (Vilnius).

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

13. R. Z i m m e r m a n n (Kronachas): **Vitamin C - Mangel während d. Schwangerschaft.** (C-vitamino nepriteklius nėštumo metu) („Ther. d. Gyn." 1939 m. 11 nr.).

Autorius turėjęs progos stebėti savo šeimoje C-vitamino nepriteklių nėštumo metu ir gerą pakankamo jo teikimo veikimą.

Trečiame nėštumo mėnesyje pacientė pastebėjusi, kad dantų smegenys pradėjusios lengvai kraujuoti, atsiradę žandikauliuose smelkiantieji

skausmai, kurių nebuvę galima lokalizuoti; vokų gleivinė išblyškusi, atsiradęs polinkis į pailsimą ir mažakraujingumas; migrenė, ant pėdų ir blauzdų venos išsiplėtusios. Padėtis pablogėjusi, kai IV-me mėnesyje atsiradęs kraujavimas iš genitalijų, pranykęs tiktai atitinkamai gydomas (ramumas ir t. t.). Šitie reiškiniai vertę pagalvoti apie C-vitamino deficitą, kas pasitvirtinę, pamėginus atitinkamai apkrauti C-vitaminu. Todėl nėščioji pradėjusi imti po 6 tabletes redoxon'o kasdien. Jų veikimas buvęs puikus. Jau po savaitės pranykę skausmai ir reiškiniai ant dantų smegenų ir daugiau nebesikartoję, ir todėl ligonė net nesikreipusi pagalbos į dantų gydytojus, nes nei caries'o ar kitų objektyvių reiškinių burnos viduje nebuvę. Pranykusi migrenė ir sumažėjęs venų išsiplėtimas, priešingai negu 1-ojo ir 2-ojo nėštumų metu, praėjusių be redoxon'o. Varices ir mazgai pradėję nykti, pradedant nuo nėštumo 8-ojo mėnesio. Nėštumui toliau tebeinant, kasdieninis redoxon'o davinys sumažintas ligi 4 tabl. Tačiau sumažinti davinys ligi 3 tabl. nepavykę, nes šito kiekio nepakakę. Todėl ligi gimdymo ligonė ėmusi anksčiau po 6, vėliau po 5 ir 4 tabl. per dieną. Kai tik buvo nutrauktas redoxon'o davinys (2 kartu po 2sav.), vėl grįždavę migrenės priepuoliai (9-tą ir 14 t-tą dieną). Kadangi pirmesnių gimdymų metu buvęs kraujavimas, tai šį kartą gimdyvė suvartojusi dar 6 tabl. redoxon'o, jau prasidėjus pastangoms (kraujavimui perspėti). Autorius tatai laikąs labai tikslinga. Išėjus placentai, vėl įvykęs kraujavimas, kuris liovęsis tiktai užtamponavus gimtuvę narkozėje. Redoxon'o dėka ligonė, pasak autoriaus, greičiau nusikračiusi šitos komplikacijos, negu praėjusių gimdymų metu. Autoriaus nuomone, šitas gydymas nėštumo metu gerai veikiąs ir gemalą, kas buvę matoma ir žandikaulių sustorėjimu būsiančių pieninių dantų atsiradimo vietose.

T. Goldbergas.

UROLOGIJA.

9. M. Rodecurt (Hanoveris): **Trichomoniasis des Harntrakts beim Weibe.** (Moters uropoetinės sistemos trichomoniazė) („Z. Urol." 1940. XXX. 811).

Šito susirgimo vaizdas dar mažai žinomas. Moterų uretroje trichomonos žymiai dažniau pasitaikančios, negu kad manoma. Tuomet moterys dažniausiai sergančios makščių ar gimdos keklelio fluor'u arba vulvitu, kolpitu ar erosio portionis vaginalis. Šitie susirgimai gali būti jau išgydyti, išskyrus uretrą, kuri dar tebeserganti. Labai retai būnąs izoliuotas uretros trichomoniazės susirgimas, nors ligonės kartais pareiškiančios, kad pirmaisiais simptomais buvę reiškiniai iš šlapiminės pūslės pusės. Priešingai negu gonokokai, trichomonos greičiau pasirenkančios makštis (vaginą); o atkryčiai išeiną iš kaklelio ir uretros. Analogiškai su strepto - stafilokokais ar bact. coli, trichomonos nebūtinai turinčios reikštis simptomais iš genitalinio ar šlapiminio aparato. Ilgą laiką jos galinčios slypėti iki momento, kai nušalimo ar kateteravimo įtakoje jos pasireiškiančios. Dar mažiau apie jas galvojama cystitų, ureteritų ir pyelitų atvejais.

Nusiskundimai nebūdingi: deginimas, dūrimas latake, kartais padidėjąs po coitus'o, tenezmai, skausmai pūslėje šalčio krėtimo metu. Sekrecijos iš uretros ligonė paprastai nepastebinti arba sumaišanti ją su makščių sekrecija. Tuomet anamnezė įtariama, kaip gonorrhoea ir paprastas cystitis.

Objektyvūs reiškiniai: apžiūrint orificium ext. urethrae, nieko nerandama; ūminiais atsitikimais randama paraudonavimas, kartais pabrinkimas ir dažniausiai putotas baltai gelsvas fluor'as iš uretros be ar su tokiu pačiu fluor'u iš makščių. Jeigu procesas yra tiktai uretroje, tai kystokopija duodanti normalų vaizdą. Uretruojant randamas sudirginimo vaizdas, kuris stengiamasi išaiškinti mechanišku tyrimu. Tuo

būdu neteisingai konstatuojama „iritable bladder“ ar kystito „stad. nervosum“, ir net urologiniu požiūriu nusiskundimams neduodama reikšmės. Autoriui pasitaikę matyti daug pacienčių, vaikščiojusių 1—2 metus nuo gydytojo pas gydytoją, o tikroji susirgimo priežastis nebuvusi nustatyta. Jos visos pasidariusios neurasteninkės del nuolatinių nusivylimų. Nustačius ligos sukėlėją trichomonas ir jas pašalinus, visi nusiskundimai pranykę. Šitam susirgimui būdinga tat, kad psicho - antineurozinis gydymas, taip pat ir įvairūs šlapiminės pūslės plovimai neduoda vaisių. Tyrimui pakanką vad. „nativ praeparat'o“, t. y. sekrecijos lašas sol. natrii chlorati physiologici laše tiriamas pro mikroskopą be imersijos. Trichononas galima pažinti pagal virpamuosius judesius. Jos esančios apskritos, apvalios, ilgokos, kriaušės ar širdies bei inksto pavidalo. Apskritai, jos didesnės už leukocitus, kartais degeneratiškai pakitėjusios. Jei sekrecijos maža, arba ne tuojau preparatas tiriamas, tai paruošiamas sausas preparatas, nudažius jį mėliu. Jame trichomonų išvaizda esanti dar įvairesnė.

G y d y m a s. Vietinis uretros gydymas: sol. yatren 3% (suplaktina prieš vartojant) kas antra diena ne mažiau kaip 12 kartų suvilgius vata ištrinama uretra. Visiško trichomonų išnykimo tuo būdu nepasiekiama, tačiau gaunamas subjektyvių nusiskundimų sumažėjimas ir net pranykimas. Atkryčio atveju gydymas kartojamas. Be to, būtinas genitalijų gydymas. Pastarosios galinčios apkrėsti ir vyriškį, nuo kurio vėl galinti moteris apsikrėsti.

Aprašytas šlapimų infekcijos atsitikimas 3 metų vaikui.

T. Goldbergas.

NERVŲ IR PSICHINĖS LIGOS.

3. W i r s z u b s k i, A.: **„Palyginamoji neuropatologija pas žydus ir kitas tautas“.** (Neuropatologia porównawcza u żydów i u innych narodów) („Pam. Wil. Tow. Lek.“ T. 12, 251, psl. 1936).

Nagrinėjamąjį klausimą savo laiku yra aptarę žydiškai rusiškas neurologas, Maskvos prof. M i n o r, vėliau — žydiškai vokiškas neurologas, Berlyno prof. C o h n (Nervenkrankheiten bei Juden), o žymūs prancūzų neurologas C h a r c o t pasakęs, kad, jeigu galėtų du kartu gyventi, antrą gyvenimą paaukotų žydų neuropatologijos tyrimams.

Kalbėdamas apie žydus, autorius turįs galvoje lenkiškai lietuviškus žydus, vad. O s t - J u d e n, kurie vartoja savotišką kalbą — žargoną (jidiš). Tarp šitų žydų vyrų daugelis rodą palinkimą į psichasteniją, o moterys linkusios į histeriją.

Du svarbūs bruožai esą būdingi žydams neurastenininkams: ligūstas gudravimo troškimas painiu ir subtiliu galvojimo būdu (pas talmudistus p i l p u l — pipiras yra aštraus smegenų galvojimo simbolis), nuolatinė susirgimų baimė (nozofobija) ir subjektyvių pojūčių iškėlimas.

Pirmą reiškinį žydų literatūroje įamžino žymus rašytojas Š a l o m A l e i c h e m klasiškame veikale „Menachem - Mendelis iš Jehupeco“. Apie apysakos didvyrį autorius išsireiškęs šiuo būdu: „visas jo darbas — smegenyse be pertraukos yra produkuojamos kombinacijos“. Genialus gi žydų skulptorius A n t o k o l s k i s savo bareljefe „Dviejų talmudistų ginčas“ įamžino marmure judesius, žestikuliaciją ir mimiką, atvaizduojančius minėto patologiško galvojimo palinkimą.

Mūsų krašto žydų masės pasižyminčios perdėtu judrumu, neramumu, irzlumu, dideliu palinkimu reaguoti į kiekvieną reiškinį, smulkmenų reikšmės pervertinimu, nuolatine baime rimtai susirgti, stipriu palinkimu įsigilinus galvoti. Šitoks lenkų - lietuvių žydijos psichasteniškas būdas esąs istoriškas politinės priespaudos ir beteisės žydų padėties bei senoviško ortodoksinio auklėjimo padarinys. Gana atsiminti Niurnbergo

įstatymą prieš „žemą ir biaurią žydų rasę“, kad atmintyje imtų kilti amžinosios žydų martirologijos vaizdai. Nuolatiniai persekiojimai sukūrę pas žydus sąmoningą savo buities baimę, kuri kaip tik pasireiškianti pagalbos ieškojimu jų judesiuose ir apsigynimo padėtimi. Del šitų priežasčių esanti kilusi sulinkusi padėtis, baimingas žvilgsnis, nedrąsus eismas, būdinga išraiška ir ypatingi judesiai. Tarp kaimyniškos nežydijos visuomenės žydas pajuntąs menkystės jausmą todėl, kad nujaučia paslėptą nedraugingumą prieš save. Šitą psichasteniško būdo išsirutuliavimą esą veikę ortodoksinės tikybos pančiai, ritualinės taisyklės (palygink rinktinį Pereco kūrinį „Dos štrajmel“, tai yra, „rabino kepuraitė“), išplitę tiek socialiniame, tiek ir asmeniniame daugelio žydų gyvenime. Kai kurie jų religijos dėsniai reguliuoją net intimius santykius tarp vyro ir žmonos (pagal Stéckel'io psichoanalizinę koncepciją, tatai galį sukelti sielos konfliktą ir neurozę).

Pakaks prisiminus, kad kiekvienam žydui esą privalomi 613 įstatymų, tarp kurių 248 laikomi kaip teigiami (įsakymai), 365 — kaip neigiami draudimai). Kova pagal religines dogmas su prigimtais palinkimais nuslopinanti gyvenimo džiaugsmą ir išsekdinanti nervų energiją, ypač susidarius stipriems tarp dvasios ir kūno nesusitarimams.

Nervų susirgimai, susiję su paveldimu degeneraciniu veiksniu, pareiną pas žydus, pasak autoriaus, irgi nuo senoviško ortodoksinio auklėjimo ir politiškai teisinio gyvenimo. Autorius sutinka su Minor'u, kad pas krikščionis organiški nervų susirgimai atsitinką dažniau, kaip, pvz., tabes dorsalis ir paralysis progressiva yra labiau paplitę tarp krikščionių, negu tarp žydų. Be to, beveik išimtinai pas lenkiškai - lietuviškus žydus atsitinka šie nervų organiški susirgimai:

1. Bürger'o liga (tromboangiitis obliterans, endarteriitis obliterans Wintwarter'o),

2. Tay-Sachs'o liga, (idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis),

3. Dystonia musculorum progresiva (Torsionsneurose Ziehen), dysbasia lordotica progressiva (Oppenheim).

Pirmą susirgimą aprašęs Niu - Jorko gydytojas Bürger (1908) pas 500 emigravusių lenkiškai - lietuviškų žydų. Gyd. Goldburt iš Vilniaus už gerą disertaciją apie šitą ligą įgijęs medicinos daktaro laipsnį. Susirgimas įvykstąs vyrams nuo 20—40 metų ir pasireiškiąs periferinių kraujagyslių obliteracija (endotelio peraugimas, trombų susidarymas). Kraujagyslių pakitimai įvykstą ir vidaus organuose, net smegenyse; anksčiau, negu pasirodo žinomi reiškiniai apatinėse galūnėse, galį atsirasti smegenų ir psichikos sutrikimai.

Patologo - anatomines atmainas perspėja funkciniai pakitimai kraujagyslėse — spazmai, atsirandą, kraujo sąstatui, endokrininėms liaukoms arba medžiagos apykaitai sutrikus.

Antrą susirgimą aprašę Londono okulistas Tay (1881) ir Niu - Jorko neurologas Sachs (1887). Pasirodąs kūdikiams tarp 4 ir 6 gyvenimo mėnesio „beveik išimtinai pas žydus“, kaip yra sakęs lenkų neurologas Dzieržynski.

Trečias organiškas susirgimas, apie kurį Dzieržynski išsitaręs, kad „atsitinka išimtinai pas žydus“ ir pasireiškia toniškais - kloniškais judesiais, kurie sustiprėją einant arba stovint. Liga prasidedanti 18—19 gyvenimo metais ir yra neišgydoma.

Alkoholizmas, kaip masinis reiškinys, pas žydus nesąs žinomas (3% bendro alkoholikų skaičiaus Lenkijoje). Autorius yra priešingas nuomonei, kad esąs sąsyjis tarp alkoholizmo ir socialinių momentų, ir gina individualaus alkoholizmo tezę. Rasinį žydų alkoholio nemėgimą autorius sie-

ja su ortodoksiniu auklėjimu, kuris reikalauja kovoti su silpnybėmis ir instinktais. Religinė drausmė įbrėžusi žydų būde susilaikymo ir saikingumo bruožus. Sąsyjyje su masinės girtybės stoka esąs pastebimas mažesnis epilepsininkų skaičius pas žydus.

Ref. pastaba: Prieš keletą metų stebėjau Vilniaus Universiteto Vaikų Klinikoje 9 metų mergytę, krikščionę, kuri sirgusi dystonia musculorum progressiva. Pritaikius bulgarų gydymą, gautas nežymus pagerėjimas. *L. Melamedas* (Vilnius).

PATOLOGIJA.

4. Christian Lenzner: **Aktinomikozės, ypač plaučių aktinomikozės statistikos ir anatomijos klausimu.** („Zbl. f. allg. Path. Anat." 1940 m., 74 t., 8 nr.).

Pasak Arndt'o, iš bendro aktinomikozės atsitikimų skaičiaus plaučiuose būna 14—30%. Harbitz ir Gröndahl turėjo 87 aktinomikozės atsitikimus, kurie pagal lokalizaciją buvo pasiskirstę šiaip:
cervikofacialinėje srityje 39—45%, virškinamuosiuose organ. 26—30%,
plaučiuose . . . . . . 20—23%, odoje . . . . . . , 2

Cervikofacialinė forma patologo sekcinį stalą pasiekianti retai, nes, pvz., ir čia minėtieji 39 susirgimai buvę išgydyti.

Autorius rėmėsi Štetino Patologijos Instituto per 27 metus padarytų lavonų skrodimų duomenimis. Skrodimų per tą laiką padaryta 21.358; tame skaičiuje aktinomikozės atsitikimų būta 11, t. y. 0,0515%. Pagal lytį sirgo: 9 vyrai ir 2 moterys. Amžiaus atžvilgiu sirgo:
antrame dešimtmetyje . . . . 2, ketvirtame dešimtmetyje . . . 2,
trečiame „ . . . . 5, 5-me ir 7-ame dešimtmečiuose po 1.
Užsiėmimas — vienoks ar kitoks amatas. Lokalizacija: virškinamuosiuose organuose — 7, plaučiuose — 4. Autorius, pasirėmęs skrodimų protokolų duomenimis, mano, kad virškinamieji organai buvo užkrėsti 2 kartus per vėdarines žarnas, 2 kartus per kirmėlinę ataugą, o 3 kartus del didelių pakitimų nustatyti nebuvo galima.

Visi 4 plaučių aktinomikozės atsitikimai buvo dešinėje pusėje. Autorius, turėdamas galvoje aerogeninę infekciją, tai aiškina tiesesniu dešiniuoju bronchu ir platesniu jo spindžiu, kuriuo infekcijai ir šiaip svetimkūniams patekti lengviau. Apskritai, autorius mano, kad pirminė plaučių aktinomikozė būna ne taip jau retai. Del šitų aprašomų atsitikimų jis tvirtinti negalįs, nes tai nėra jo stebėjimai, bet skrodimų protokolų duomenys; be to, pirminis infekcijos židinys, plečiantis ligos vyksmui toliau, gali užgyti ir būti nepastebėtas.

Iš pilvo tuštymo aktinomikozė gali pereiti į plaučius, bet dažniausiai būna atvirkščiai. Taip pat plaučių aktinomikozė pereina į pleurą, infiltruoja krūtinės sieną, naikina šonkaulius. Tai, vad. „Thorax-aktinomykose". Iš plaučių aktinomikozė mėgsta persimesti į smegenis, kepenis, o kartais ir į inkstus.

Kacheksija buvusi visais šitais atsitikimais, o vieną kartą ir net amiloidozė. Galima aktinomikozės ir tuberkuliozės kombinacija tuose pačiuose ar kituose organuose.

Referento prierašas.

V. D. Un-to Patologijos Institutas iš 1.368 lavonų skrodimų turėjo tik du aktinomikozės atsitikimus, arba 0,14% (maždaug 3 kartus daugiau, negu Štetine). Vienas jų — pleuritis aktinomykotica 58 m. vyrui, o antras — pericarditis et periaortitis aktinomykotica 23 m. vyrui.

Iš padarytų 11.740 kliniškos medžiagos patologiškų-histologiškų tyrimų buvo rasta 25 aktinomikozės atsitikimai. Lokalizacijos atžvilgiu galima taip paskirstyti: cervikofacialinėje srityje 15, krūtinės ląstos sienoje 7, krūtyje, pilvo sienoje ir šlaunies minkštimuose po 1.

Pagal lytį sirgo: 18 vyrų, 6 moterys ir 1 nežinomas (nepažymėta ligos istorijoje).

Pagal amžių sirgo pirmame dešimtmetyje 1, antrame — 2, trečiame — 4, ketvirtame — 5, penktame — 6, šeštame, septintame ir aštuntame — po 1, o keturiems amžius nebuvo nurodytas. *K. Valteris.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Paprastas pneumotoraksinis prietaisas.**

Jau kuris laikas, kai Anglijoje vartojamas labai paprastas, net kišenėje sutalpinamas pneumotoraksinis aparatas. Jis susideda iš aneroidomanometro (su skale nuo — 30 iki + 30 cm vandens spaudimo), guminio baliono 50 ccm talpos, trišakio ir guminės žarnelės su punkcine adata ir filtruojamuoju vamzdeliu. Trišakis sujungiamas su manometru ir punkcine adata. Kiekvienu baliono išspaudimu į pleurinį tuštymą patenką 50 ccm oro, kuris yra tikrinamas manometru. Pavojus orinei embolijai susidaryti esąs nedidelis, nes žarnelė yra trumpa ir manometre nesą jokio oro stulpo, kaip vandeniniuose manometruose. Punkcinė adata ir filtruojamasis vamzdelis su žarnele esą sterilizuojami . (Gamina: Genito Urinary Mfg. Co, Devonshire Place, London W. 1.) („Brit. med. Journ." 1940 m.,
S. Balčiauskas.

× **Skrandžio sulčių išėmimas tbc bacilams surasti.**

Tbc bacilai nesą lengvai surandami ne tik skrepliuose, bet ir skrandžio sultyse. Geriausia esą jie ieškoti ne mikroskopiniu, bet biologiniu būdu. Tiriamajam iš ryto, dar nevalgius, duodama 120 ccm aq. destil. steril., ir netrukus išimama skrandinės žarnelės pagalba 60 ccm sulčių. Sultys supilamos į 100 ccm vamzdelį ir 45 min. centrifuguojamos 2.500 apsisukimais per minutę. Nuosėdos iki 2 val. laikotarpyje įskiepijamos jūrų kiaulytei, nes po ilgesnio laiko galinti prisimaišyti antrinė infekcija. Jūrų kiaulytės laikomos higieniškose sąlygose. Praėjus 2 mėn., jos užmušamos ir skrodžiamos, ir iš kirkšnio lymfinių mazgų ar blužnies auginama kultūra.

T e c h n i š k o s   p a s t a b o s: Įvedus žarnelę 4 cm už dantų, tiriamajam nurodytina, kad ją lengvai tarp dantų laikytų ir pro burną kvėpuotų, o gydytojas spaudžia kairiąja ranka galvą į priekį, kad smakras paliestų krūtinę. Dabar ligonis žarnelę atleidžia, o gydytojas dešiniąja ranka ją įveda į skrandį. Žarnelės gale yra stiklinė kolbelė, kuri sultis ir surenka. („The Juorn. Amer. Med. Assoc." 1940 m., 8 nr.; iš „Ars Medici" 1940 m., 4 nr.). *S. Balčiauskas.*

× **Liktinio azoto nustatymo visų paprasčiausias būdas.**

Visų paprasčiausias būdas, kuris pateikiąs tik orientacinius duomenis, yra šis: mėgintuvėlį paimama 4 ccm serumo + 4 ccm ac. trichloraceticum (20%) ir filtruojamas. Toliau paimama 1 ccm filtrato + lašai dimetil - paramidobenzaldehidum (urobilinogeno reagentas). Jei nusidažo gelsvai, tai liktinis azotas esąs padaugėjęs (Dr. S. P e r b r o t u (Turin): „Ars medici" 4 nr. 1940). *S. Balčiauskas.*

× **Costa kraujosėdžio reakcija tbc atveju.**

Kraujosėdis tbc diagnozei ir prognozei nustatyti esąs svarbus, kaip daugelio yra manoma, pvz., pagreitėjęs nusėdimas surandėjimų ir sukalkėjimų atveju, bet nesant teigiamų duomenų skrepliuose, dar nenurodąs tbc aktyvaus proceso (E n g e l h a r d t), arba tuo labiau negalima paneigti aktyvaus židinio buvimo, esant normaliam kraujosėdžiui (K l e m m).

C o s t a reakcija nesanti labai jautri ir, be to. nespecifiška, paprastai pas sveikus būnanti neigiama, o paaktyvėjus tbc procesui — teigiama.

Technika: Į mėgintuvėlį (1 cm pločio ir 3 cm. aukščio) įpilama 1,6 ccm. skiedinio (ištirpinama į 10 ccm. dest. vandens šių miltelių: Rp. Novocaini hydrochl. 0,2, Natrii citrici 0,04, Natrii chlorati 0,09) ir sumaišoma su 3 kraujo lašais (iš piršto). Jei centrifugos neturima, laikoma 10—12 val. šaltoje vietoje, kad skiedinys nusisėstų. Dabar iš 5 cm aukščio į mėgintuvėlį, ties skysčio viduriu nulašinamas 40% formalino vienas lašas. Skaidriame skystyje lašas nusėda pamažu. Teigiama reakcija būnanti tuo atveju, kai virš nuosėdų susidarąs pilkų rūkų (debesėlių) žiedas: per 10—15 min. = +, per 10—5 min. = + +, o jei per 0—5 min. = + + +. („Münch. med. Wschr.“ 1940 m. 10 nr.). *S. Balčiauskas.*

× **Hormonų dozavimas ir jų paskyrimo vietos reikšmė.** Lig šiol vartoti hormonų kiekiai esą per dideli, dažnai būną ne fiziologiški ar farmakologiški, bet toksikologiški.

Amerikiečiai, implantavę kastruotai pelytei testosterono ar oestron'o tabletes paodyje ir įvairiuose organuose, nustatė, kad kasdien sunaudojama tiktai 0,000005 — 0,00001 g. Implantavus kepenyse ar blužnyje, jų veikimo nepastebėta. Pateikimo geriausios vietos nustatymas praktikos atžvilgiu labai svarbus, pvz., intravaginaliai oestron'o reikią $^1/_{50}$ ir oestradiol monobenzoato — $^1/_{100}$ — $^1/_{200}$ paodinio davinio. Tiroksinas, paimamas pro burną, visai neparodąs veikimo cukraus vaizdui kraujyje, bet imamas intra venam, pakeliąs, o į smegenų skilvelius — pamažinąs cukraus kiekį. D_2 - vitaminas, tik pro burną paimamas, gydąs rachitą. (Abderhalden: („Münch. med. Wschr.“ 1940 m. 18 nr.).

S. Balčiauskas.

Medicinišk*ų*jų organizacijų veikla.

I.

KAUNO MIESTO GYDYTOJŲ DRAUGIJOS 1938 M. GRUODŽIO 14 D. VISUOTINIO NARIŲ SUSIRINKIMO PROTOKOLAS.

I. Demonstravimai.

1. Gyd. L. Goldšteinas demonstravo **pneumothorax spontaneus.** Šitas atsitikimas yra įdomus savo retumu ir svarbus diagnostikos atžvilgiu. Ligonis susirgo staiga š. m. rugpjūčio mėn. 22 d. Be jokios aiškios priežasties, sėsdamas prie stalo, staiga jisai pajutęs skausmus kairiojoje krūtinės pusėje, kvėpavimas susilpnėjęs, galva apsvaigusi ir ligonis vos neapalpęs. Šitoks stovis trukęs neilgai, ir pamažu jisai pradėjęs taisytis, bet krūtinėje sunkumas ir susilpnėjęs kvėpavimas pasilikę. Ligonis man yra seniai pažįstamas, buvo sveikas, seniau sirgęs vidurių šiltine, kuri susikomplikavusi flebitu. Šitas flebitas sukėlė varices cruris ir ulcera. Kitomis svarbesnėmis ligomis nesirgęs.

Apžiūra, įvykusi dvi valandas po priepuolio, parodė šiuos duomenis: ligonis yra šiek tiek pamėlynavęs, kiek dūstąs; tvinksnis 96, kvėpavimas 30 per minutę. Plaučių stetakustinė apžiūra parodė: kairiojoje krūtinės pusėje perkutuojant girdimas timpaniškas garsas, plaučių ribos nejudrios, o auskultuojant alsavimas negirdimas. Širdies ribos nepakitusios.

Nustačiau diagnozę: **pneumothorax spontaneus.** Diagnozė nustatyti nebuvo sunku, reiškiniai buvo aiškūs, ir manau, kad kiekvienam iš mūsų šitos ligos išaiškinimas nebūtų buvęs sunkus.

Ligonis rytojaus dieną buvo tiek pasitaisęs, jog buvo galima jis nufotografuoti. Jo rentgenogramoje matomas visiškas kairiųjų plaučių vir-

šutinės skilties kolapsas ir dalinis apatinės skilties kolapsas. Yra prie diafragmos suaugimas, kliudąs apatinei skilčiai visiškai susispausti ir širdžiai dislokuotis.

Dabar kyla klausimas, kurios rūšies yra pneumothorax spontaneus. 90% visų savaiminių pneumotoraksų yra tuberkuliozinės kilmės. Svarbiausias klausimas yra, ar mūsų ligonis serga džiova, ar ne. Buvo padaryti visi galimi tyrimai šitam klausimui išaiškinti ir prieita išvada, kad tuberkuliozės nėra. Rentgenogramoje, padarytoje vienam mėnesiui praėjus, plaučiai atrodo atsitaisę, ir nerasta jokių patologiškų pakitimų, nurodančių tbc.

Kaipo pneumothorax spontaneus priežastis figūruoja dar kitos krūtinės organų ligos. Plaučių abscesas ir gangrena, stemplės ir skrandžio opos, resp. carcinoma, gali sukelti savaiminį pneumotoraksą. Bet ir šitomis ligomis mūsų ligonis neserga, ir aš esu linkęs manyti, kad pneumotoraksas susidaręs del plaučių ruptūros, bekosint ar del kitokio mažo spaudimo pakitimo krūtinės tuštyme. Aš manau, kad šitas ligonis turi bendrinį mezenchiminės sistemos silpnumą. Jo flebitas ir blauzdos opos taip pat tuo būdu aiškinamos. Menka priežastis, esant tokiam konstituciniam stoviui, galėjo sudaryti plaučių ruptūrą.

2. Gyd. F. G. Kolodnas demonstravo:

a) **Širdies bloko elektrokardiogramą.**

Elektrokardiograma (EKG) visiškai patvirtino gyd. S. Laurinavičiaus klinišką diagnozę: **širdies blokas.** Aiškiai matoma, kad prieširdžiai ir skilveliai plaka (elektrokardiografiškai tai pasireiškia, kaip „P" ir „QRS" kompleksai) visiškai nepriklausomi vieni nuo kitų. Abudu plaka ritmiškai: prieširdžiai 66 kartus per minutę, o skilveliai — 26 per minutę. Vadinasi, santykiavimas 66/26.

b) **Tarpskiltinį pneumotoraksą.**

Ligoniui E., gulėjusiam Žydų Džiovininkų sanatorijoje, š. m. rugsėjo mėn. buvo padarytas pneumothorax artefactus dexter del produktyvaus ulcerozinio proceso dešiniųjų plaučių viršutinėje skiltyje. Praėjus 1 mėnesiui po pneumotorakso, padaryta plaučių rentgenograma. Lapkričio mėnesį darydamas periodišką ligonio peršvietimą, pastebėjau dešinės pusės viduriniame lauke netaisyklingo rato pavidalo padarinį, kuris, ligonį kiek pasukant, pasidaręs ovalus su ryškiais kraštais. Tat buvo užfiksuota ir rentgenogramose (rodomos rentgenogramos). Kadangi kliniškai nebuvo jokio pagrindo tokiai kavernai atsirasti, tai buvo ieškota kitų aiškinimų ir prieita išvada, kad tat yra tarpskiltinis pneumotoraksas. Ir, iš tikrųjų, akyliau prisižiūrėję, matome, kad to padarinio kraštai kaip tik sutampa su atskirų skilčių kraštais. Tokių atsitikimų pasaulinėje literatūroje yra paskelbta, bet jie atsitinka labai retai, ir del to aš leidžiu sau šitą atsitikimą demonstruoti.

3. Gyd. L. Geršteinas demonstravo:

a) Berniuką 14 metų, kuris prieš trejus metus susirgęs skausmais paširdyje (epigastrium'e). Skausmai buvę labai stiprūs ir lydimi vėmimo; užeidavę dažniau naktį. Po valgio būdavęs pagerėjimas, bet po poros valandų vėl pablogėdavę. Skausmai periodiški, du kartu per metus, ir trukdavę po dvi savaites. Kadangi simptomai primena **ulcus duodeni,** vaikas buvo ištirtas rentgenologiškai. Buvo rastas deformuotas bulbus su pastoviu susiaurėjimu. Rentgenologo nuomone, čia yra ulcus duodeni. Tinkama dieta ir šarmai gerai jį paveikę. Tai yra visų jauniausias mano ligonis, sergąs ulcus duodeni.

b) Moterį 45 metų amžiaus, pavasarį pastebėjusią širdies negalavimus: dažną širdies plakimą. Gydytojai tat priskyrę nervams. Dieną, prieš kreipiantis pas mane, ligonę naktį ištiko priepuolis. Ji tvirtino, kad aiškiai jautusi, jog širdis nustojus plakusi. Objektyviai: stiprus kūno sudėjimas, širdis atrodo kiek padidėjusi, tvinksnis 45, šiek tiek aritmiškas,

tonai švarūs, nėra jokių širdies nepakankamumo požymių. Elektrokardiograma netikėtai parodė sunkios **širdies ydos** vaizdą: labai išsiplėtęs pradinis kompleksas, randamas įvairių formų ir kilmės ventrikulinės ekstrasistolės. Įdomiausią gi, kad yra prieširdžių virpėjimas, kurio lėto širdies veikimo ir esamos ekstrasistolinės aritmijos atveju, nepadarius elektrokardiogramos, negalima būtų buvę diagnozuoti ar net įtarti. Demonstruojama elektrokardiograma.

Diskusijos:

Gyd. I. Skliutauskas: Ar buvo pastebėtas okultinis kraujavimas išmatose? Ar būta kurių nors reiškinių iš tulžies pūslės pusės? Labai retai atsitinka, kad prieširdžių virpėjimo, nepadarius elektrokardiogramos, negalima būtų pažinti. Reikia manyti, kad ligonė turi mitralinę stenozę.

Gyd. L. Goldšteinas: Jei elektrokardiograma rodo prieširdžių virpėjimą, ekstrasistoles ir ventrikulinio komplekso išsiplėtimą, žodžiu, jei randama tokių sunkių širdies pakitimų, tai tat galima nustatyti taip pat grynai kliniškai, apčiuopiant tvinksnį, perkutuojant bei auskultuojant širdį.

Gyd. K. Kibarskis: Prieširdžių virpėjimas, žinoma, nevisuomet, bet gana dažnai galima pažinti kliniškai net be EKG pagalbos. Be to, tai yra neretas susirgimas, o kaip tik labai dažnas.

Gyd. L. Geršteinas: Okultinio kraujavimo nebuvo. Reiškinių iš tulžies pūslės pusės nepastebėta.

Dauguma visiškos aritmijos atsitikimų turi prieširdžių virpėjimą. Tik dviem atsitikimais tat sunku nustatyti: 1) kai tvinksnis yra labai dažnas, ir 2) kai jis yra labai retas, kaip ir šituo atsitikimu. Pas mano ligonę orientuotis sunkiau del atsirandančių ekstrasistolių. Nepadarius elektrokardiografijos, dalykas būtų likęs neišaiškintas. Presistolinio ūžesio nebuvo. Aš taip pat prileidžiu, kad tat yra mitralinė stenozė. Jei presistolinis ūžesys yra pirmiau buvęs, tai, atsiradus prieširdžių virpėjimui, galėtų pranykti kaip dažnai ir atsitinka. Prieširdžių virpėjimai sutinkami kasdien, bet šitas atsitikimas tuo ypatingas, kad jo nebūtų buvę galima be EKG pagalbos nustatyti ar net įtarti. Tik EKG čia išaiškino visą reikalą.

4. Gyd. Ch. Finkelšteinas demonstravo: a) appendicitis chronica, b) periduodenitis ir c) tumor ventriculi rentgenogramas.

Diskusijos:

Gyd. Š. Markovičius: Nuomonė, kad trifolinio pavidalo bulbus duodeni reiškia periduodenitis arba bulbus'o susitraukimą, yra visai nepagrįsta ir atmestina. Apskritai, toks bulbus'o rentgenologiškas vaizdas būna opos paūmėjimo metu ir kontrastinio preparato defektas pareina nuo vidinės gleivinės paburkimo. Šitam periodui praėjus, uždegiminis gleivinės procesas išnyksta ir bulbus'o rentgenologiškas vaizdas būna vėl normalus. Negalima kalbėti apie bulbus'o deformacijos pastovumą, pasirėmus tik viena nuotraukų serija, kaip kad padarė gyd. Ch. Finkelšteinas. Tatai galima tvirtinti tik tada, kai kartotinis rentgenologiškas tyrimas ne vien tik paūmėjimo, bet ir ramumo metu parodo tą pačią deformaciją. Kaip gi galima būtų paaiškinti tuos atsitikimus, kur rentgenas parodo aiškų trifolinį bulbus'ą? Tatai yra labai svarbu prognozės atžvilgiu: pastovi deformacija konservatyviu gydymu nepataisoma; tariamoji gi deformacija praeina, ūmiam laikotarpiui pasibaigus.

Gyd. K. Kibarskis:

a) **Appendicitis chronica** klausimu: Prieš dvejus metus Žydų ligoninėje buvo susidomėta appendicitis chronica rentgenografija, kuri yra vienas iš sunkiausių klausimų chirurgijoje. Buvo padaryta daug šimtų tyrimų įvairiausiomis metodėmis, bet patenkinamų rezultatų negauta. Apen-

dicito simptomai, kaip sumažėjęs kirmėlinės ataugėlės paslankumas, suaugimai, appendico-stasis, — taip pat nevisuomet esą teisingas rodiklis. Operacinis stalas dažnai parodydavęs tų simptomų klaidingumą. Jei duomenis įvertinsime procentais, tai gausime gal iki 30% teigiamų padarinių. Žinoma, palyginus su skilvio rentgenografija, tai yra labai maža sprocentas, bet, nesant kol kas geresnių metodžių, verta laikas nuo laiko ir šitos metodės griebtis.

b) **Periduodenito** klausimu:

Periduodenito šitoji nuotrauka nenurodo. Matomos tik paburkusios žarnos raukšlė — duodenitis. Apskritai, periduodenitis nėra taip lengva diagnozuoti, kaip manoma. Šita diagnozė nustatoma tik iš dvylikapirštės žarnos padėties: mat, ji labai dažnai jau fiziologiškai turi įvairiausias formas.

c) **Tumor'o** klausimu:

Pirmoje nuotraukoje matomas aiškus prisipildymo defektas ir jokių papildomų nuotraukų diagnozei išaiškinti daugiau nereikia.

Gyd. L. Geršteinas: Kokiame dabar stovyje yra chroniško apendicito rentgenodiagnostika? Ar galima jis diagnozuoti, nepasisekus kirmėlinės ataugos prisipildymui kontrastine mase? Ir atvirkščiai, ar galima jis atmesti, ataugai prisipildžius mase?

Gyd. L. Goldšteinas: Prof. Asmann, kuris laikomas autoritetu rentgeno diagnostikoje, savo knygos „Vidaus ligų kliniška rentgenodiagnostika" paskutinėje laidoje, rašo, kad rentgenas chroniško apendicito diagnostikai nieko nepadedąs.

Gyd. Ch. Finkelšteino baigiamas žodis.

5. Gyd. Ch. Finkelšteinas skaitė pranešimą **„Cholecystografijos technika.**

Diskusijos:

Gyd. Š. Markovičius: Yra daug momentų, kurie rentgenologiškai simuliuoja tulžies akmenis, jei darysime nuotrauką be tetragnost'o (pvz., sukalkėjusios liaukos, oras žarnose ir t. t.). Padarius nuotrauką su tetragnost'u ir gavus teigiamą atsakymą, ligonis suvalgo du trynius ir po pusės valandos daroma antra nuotrauka toje pačioje padėtyje. Esant akmeniui, jis keičia savo padėtį kartu su susitraukusia tulžies pūsle (jeigu tik nėra jos suaugimo), tuo metu, kai ekstravezikalinis šešėlis dažniausiai pasilieka vietoje. Mano nuomone, reikėtų preparatas duoti per os. Frakcinė metodė dažniausiai duoda gerų rezultatų. Jei tam tikri momentai (nepakankama preparato rezorbcija žarnose, nepakankama jo koncentracija kepenyse) trukdo pūslei prisipildyti, tai galima išmėginti intraveninė injekcija, kuria neretai gaunama gerų rezultatų. Tačiau turi praeiti ilgesnis laikas tarp šitų dviejų tyrimų, nes preparatas yra nuodingas ir kai kuriems asmenims gali sukelti nemalonių reiškinių.

Gyd. K. Kibarskis: Apie cholecystografiją čia jau buvo gana daug kalbėta ir ginčytasi, ypač apie jos techniką ir apie tai, ar veninis, ar oralinis būdas yra geresnis, ir kuris iš jų yra vartotinas. Trumpai pakartosiu, kad visi įrodinėjimai, jog oralinis būdas prilygsta veniniam, yra beprasmiški, nes vien tik logiškai galvojant, veninis būdas yra daugiau patikimas. Oralinio būdo šalininkai patys sau prieštarauja. Jie patys tvirtina, kad susidaro del šito būdo diarėja ir dažnai nepakankama rezorbcija. Jau vien šitas argumentas yra pakankamas pripažinti pirmenybę veniniam būdui. Graz'o universiteto, kur padaryta daugiau, kaip dešimt tūkstančių tokių cholecystografijų, ir kitų autorių statistiniais duomenimis, veninis būdas yra visiškai nepavojingas. Mes taip pat esame padarę daugiau kaip tūkstantį šitų cholecystografijų ir jokių blogų padarinių nepastebėjome. Žinoma, praktiškam gydytojui, gal, patogesnė bus oralinė metodė, bet, jei jis gaus neigiamų rezultatų, tai turės pakartoti

veninį būdą, kad galėtų pasisakyti su didesniu tikrumu apie tulžies pūslę, nors ir būtų pavartotas frakcinis būdas, apie kurį kalbėjo gyd. Ch. Finkelšteinas.

Gyd. L. Geršteinas: Tokioje didelėje tulžies pūslėje, kuria demonstravo gyd. Ch. Finkelšteinas, esąs konkrementas gali būti paslėptas didelio kiekio kontrastinės masės. Gal būt, paprastoji „Leeraufnahme" jį greičiau atidengtų. Nenusisekus oralinei cystografijai, patariama tuč tuojau daryti intraveninė cholecystografija. Bet čia reikia turėti galvoje, kad oral-tetragnost nėra indiferentiškas preparatas. Jis gali žalingai veikti tiriamą organą —kepenis.

Gyd. Ch. Finkelšteino baigiamasis žodis.

6. Gyd. L. Silianskis demonstravo **kaulų rentgenogramas:**

a) metastazinis lumbalinių slankstelių srityje procesas (pirminis auglys nežinomas),

b) degeneracinis lumbalinių slankstelių srityje procesas,

c) osteomyelitis chronica claviculae.

Diskusijos:

Gyd. L. Goldšteinas: Su gyd. L. Silianskio padarytomis išvadomis, kad sunku yra tiksliai diagnozuoti kaulų ligas, negaliu sutikti. Vien rentgenograma negali išaiškinti diagnozės, bet kartu su kliniškais reiškiniais liga visada galima nustatyti. Viename iš paskutiniųjų „Medicinos" numerių aš kaip tik rašiau apie kaulų ligų diferencinę diagnostiką ir nurodžiau, kad vienas rentgenas duodąs apsirikimų. Ir gyd. Silianskio demonstruotu osteomyelito atsitikimu padaryta klaida del to, kad ligonis nebuvo kliniškai gerai ištirtas. Reikėjo padaryti kraujo pasėlis kokams rasti. Rentgeno nuotrauka parodė tiktai hyperostitis. Toks simptomas gali būti įvairių ligų atveju. Liga diferencijuoti galima tiktai kliniškai. Apskritai, vien rentgeno pagalba nustatyti diagnozė neįmanoma. Ir del to rentgenologas turi tenkintis tik rentgeno vaizdo aprašymu.

Gyd. I. Skliutauskas: Atsimenu **Ca metastazių** kauluose atsitikimą, kur kartu atsiradęs ir **carcinomatosis cutis.**

Gyd. L. Geršteinas: Stuburo rentgenogramos analizė nelengva. Kad čia lengvai galima apsirikti, parodo šis faktas: Veil dideliame veikale apie vainikinių arterijų trombozę tvirtina, kad angina pectoris susidaro kaip reumatinio kaklo stuburkaulių spondyloarthritis padarinys. Čia spondylioartritiniai kaulų padariniai veikia sympaticus kamieną. Jis tvirtina, kad dar niekada nematęs angina pectoris atsitikimo, nesant šitų rentgenologiškai įrodytų spondylioartritinių pakitimų. Prof. Asmann, su kuriuo man teko ta tema kalbėti, tvirtina, kad Veil neteisingai aiškina visai normalų stuburo vaizdą, ir kad suminėti pakitimai randami pas daugumą žmonių, vyresnių kaip 40 metų amžiaus. Tai pavaizduoja, kaip sunku susigaudyti stuburo rentgeno nuotraukose.

Gyd. L. Silianskio baigiamas žodis.

Pirmininkas: *Gyd. L. Finkelšteinas.* Sekretorius: *Gyd. G. Elkes.*

II.

KAUNO MIESTO GYDYTOJŲ DRAUGIJOS 1939 M. VASARIO 20 D. VIUSOTINIO NARIŲ SUSIRINKIMO PROTOKOLAS.

I. Demonstravimai.

1. Gyd. Krinsky (iš Varšuvos) demonstravo daugelį įdomių **rentgenogramų,** kartu viską paaiškindamas.

2. Gyd. L. Goldšteinas demonstravo ligonę, sergančią **myasthenia gravis.** Ligonė 24 metų amžiaus; maždaug 4 metus serga dideliu bendriniu kūno silpnumu. Rytais, kai ji pabunda, dar gali pavaikščioti, bet kas valanda jėgos vis silpnėjančios, pagaliau negali ne tiktai paeiti, bet ir kalbėti, net ryti gali tik su dideliu vargu. Užtenka pažvelgti į šitą

jauną liesą ligonę, kad pastebėtume ypatingą jos veido išraišką. Veido raumenyse stoka įtampos, akies vokai yra nudribę, visas veidas miegūstas ir apatiškas. Vaikščiodama vos pavelka kojas.

Šita liga yra tai **myasthenia gravis**. Del tam tikrų, dar nevisiškai išaiškintų, priežasčių visi raumenys yra hipotoniškame stovyje.

Prieš metus viename mūsų draugijos posėdyje aš buvau demonstravęs priešingą atsitikimą, kur raumenyse susidarydavę per stiprūs impulsai. Del hipertoniškos raumenų reakcijos ligonis tada negalėjo tinkamai atlikti judesių. Aš čia turiu galvoje **myotonia congenita** atsitikimą. Jei dar atsimenate, tas ligonis buvo visai priešingos išvaizdos. Ten buvo raumeningas stiprus vyras, o čia asteniška liesa moteris. Savo ligonį gydžiau prostigmin'u „Roche" ir gavau stebuklingą efektą. Priėmus šitų vaistų, tuojau visi ligos reiškiniai kelioms valandoms išnykdavo. Liga yra neišgydoma. Etiologija dar nežinoma.

II. Pranešimai.

Gyd. L. Koganas skaitė pranešimą apie **plaučių tuberkuliozės bakteriologinę diagnostiką**. Esant neigiamiems džiovininko skreplių, išmatų, pūlių etc. tyrimo rezultatams, labai dažnai pavyksta išauginti pasėliai maitinamoje medžiagoje. Duomenys beveik sutampa su jūros kiaulytės bandymu, bet atlikimas yra daug pigesnis ir greitesnis; be to, netenka bijoti epizotijų, kurios dažnai naikina gyvulius. Padariniai gaunami po dviejų, keturių savaičių; o jegu nuėmę nuo maitinamosios medžiagos paviršiaus su kilpa plonutį medžiagos sluogsnį ir tirsime mikroskopiškai, tai galėsime juos gauti jau per savaitę.

Diagnostikai vartojamos bulvės, kiaušinio medžiaga, pridedant dažų — malachitgrün (Petrognani), gentianviolet (Petro) ir kt. Tose medžiagose tuberkulioziniai bacilai auga geriau, negu kiti bacilai, ir jie tuo būdu galima diferencijuoti. Žydų Džiovininkų sanatorijoje sėjami skrepliai, skilvio sunka, išmatos, pūliai. Vartojama Petrov'o ir Petrognani medžiaga.

Parodyta keletas kultūrų, gautų iš skreplių, pūlių, išmatų ir skilvio sunkos.

Pirmininkas: *Gyd. L. Finkelšteinas.* Sekretorius: *Gyd. G. Elkes.*

III.

KAUNO MIESTO GYDYTOJŲ DRAUGIJOS 1939 M. GEGUŽĖS 10 D. VISUOTINIO NARIŲ SUSIRINKIMO PROTOKOLAS.

I. Demonstravimai.

1. Gyd. El. Matis demonstravo 2 **meningito** atsitikimus. Meningitas, kaip ausų uždegimo padarinys, pas mus neretai pasitaiko. Otogeninio meningito didelis pavojus glūdi tame, kad komplikacija prasideda pamažu, nepastebimai, ir diagnozė nustatoma tik jau ligai išplytėjus. Tačiau pritaikant operatyvų gydymą, prognozė nėra beviltė. Mūsų praktikoje buvo daugelis pagijimo atsitikimų, sergant otogeniniu meningitu.

Iš demonstruojamų atsitikimų abu buvo komplikavęsi.

a) **Sunkus otogeninis meningitas** komplikavęsis smegenų (lobus temporalis) pūlynu. Šituo atsitikimu, man operuojant ir gyd. B. Zacharinui kartu dalyvaujant, buvo rasta kietoji plėkšnelė labai pakitėjusi. Punktuojant rasti abscessi cerebri. Nepaisant į labai sunkų stovį, ligonė pagijo. Dabar dar matome atvirą ir tvinksinčią kietąją plėkšnelę. Įdomu, kad ligonė turėjo ir agranuliocitozės reiškinius.

b) Trylikos metų vaikas staiga susirgo **vidurinės ausies uždegimu**, ir jau trečią dieną jo stovis labai pablogėjo. Atvykus jam į ligoninę,

pas jį buvo nustatytas būdingas meningitas, kuris buvo patvirtintas smegeninio skysčio tyrimo duomenimis. Operacijos metu buvo rastas ekstradurinis pūlynas, kietoji plėkšnelė pakitusi. Operuojant toliau, buvo rastas perisinusinis pūlynas ir trijų centimetrų ilgio trombas, kuris tęsėsi iki bulbus.

Išvada: Esant ir sunkiausioms otogeninėms komplikacijoms, nereikia nustoti vilties, bet tuojau operuoti.

c) **Svetimkūnis stemplėje.**

Nevisada svetimkūnio rentgenografija yra teigiama. Pvz., 8 metų vaikas prarijo sagą ir buvo atvežtas į ligoninę. Jis nieko negalėjo ryti. Rentgeno nuotrauka jokio svetimkūnio neparodė. Darant ezofagoskopiją, buvo rasta stemplėje 2-jų cm storio saga. Pasirodė, kad šita saga buvo medinė, ir todėl nuotrauka nieko neparodė.

Išvada. Ne visada rentgenas yra taikytinas.

3. Gyd. K. Kibarskis praneša apie dvylikapirštės žarnos divertikulo atsitikimą.

4 Gyd. L. Geršteinas demonstravo ligonę, kuri skundžiasi dusinančio kosulio priepuoliais. Priepuolių metu pas ligonę ant kaklo jugulum'o srityje išlenda vištos kiaušinio didumo auglys. Rentgeno nuotrauka viršutinėje tarpsienio (mediastinum) dalyje, dešinėje nuo arcus aortae pusėje, rodo auglį, kuris greičiausiai yra retrosterninės skydinės liaukos liekana. Šitos liaukos kaklo dalis prieš trejus metus buvo operatyviai pašalinta.

Diskusijos:

Gyd. Š. Markovičius: Jeigu ligonis turi subfebrilę temperatūrą, yra suliesėjęs ir rengtgeno šešėlis atitinka gūžį, tai turėtų būti ir pakilusi pagrindinė medžiagos apykaita. Gūžys (struma) nuo cystos atskiriamas bronchoskopijos pagalba. Tyrimas lipiodoliu yra bereikalingas ligonio varginimas, nes ir cysta ir gūžys gali suspausti trachėją, kas galima nustatyti, ir nepadarius šito įsikišimo; lipiodolis net gali pakenkti, nes esant gūžiui gali sukelti morbus Basedovi.

Gyd. El. Matis: Tais atsitikimais, kai diagnozė sunki ar neaiški, patartina daryti bronchoskopija.

5. Gyd. L. Finkelšteinas papasakojo apie vieną pusės metų vaiką, kuris buvo atgabentas į Žydų ligoninę hemangiomos operuoti. Tiriant kraują, buvo rasta leukocitozė (20.000). 70% visų leukocitų buvo eozinofilai. Absoliutus eozinofilų skaičius buvo 12.000—15.000, vietoje normalaus 250 1 cmm eozinofilų skaičiaus. WaR neigiama. Buvo padaryta sterninė punkcija išaiškinti, gal čia bus myelogeninė leukemija. Sterniniame punktate nerasta eozinofilų ir lymfocitų padaugėjimo, kitų nukrypimų taip pat nebuvo pastebėta. Eozinofilijos priežasčiai išaiškinti hemangiomos operacija buvo atidėta.

II. Pranešimai.

Gyd. El. Matis skaitė pranešimą apie **agranuliocitozę.** (Ištisas pranešimas įdėtas š. m. „Medicinos" 3 nr.). Agranuliocitozė Lietuvoje nėra retas susirgimas. Čia pastebimos įvairios agranuliocitozės formos. Dauguma ligonių yra vidutinio amžiaus moterys; 5 atsitikimais šitoji liga buvo pastebėta ir vyrams; 3 atsitikimais ji rasta pas moteris, vyresnes kaip 70 metų. Gydyta dauguma atsitikimų nucleotrat'u, kraujo transfuziomis ir intraveninėmis 20% alkoholio injekcijomis. Kad toks gydymas neabejotinai padėtų, nebuvo pastebėta. Geresnei orientacijai autorius savo ligonius suskirstė į tris grupes:

1. agranuliocitozinė angina;

2. pirminė agratuliocitozė be arba su paskui einančiu tonsilių ir gerklės susirgimu;
3. simptominė agranuliocitozė.

Pirmoje grupėje buvo keletas pagijimų, bet 2-iem atsitikimais po kelių mėnesių įvyko mirtinis agranuliocitozės atkrytis. Antros grupės ligonys labai dažnai pasitaikydavo. Šitai grupei būdingas geltiškas odos nusidažymas ir bloga prognozė. Trečiosios grupės agranuliocitozė, dažniausiai pasitaikanti po vaistų vartojimo, turi geriausią prognozę.

Autorius siūlo: 1) visais neaiškiais atsitikimais nustatyti kraujo vaizdą, 2) atsargiai vartoti vaistus ir tikrinti kraują ir 3) agranuliocitozės atveju stengtis išvengti operatyvių įsikišimų.

Pirmininkas: *Gyd. L. Finkelšteinas.* Sekretorius: *Gyd. G. Elkes.*

Prof. K. Oželis.

Skuboti išvadų garsinimai.

Jau kuris laikas, kai kai kurie gydytojai skelbia, kad V. D. Un-to Teismo ir Socialinės Medicinos Institute gaminamas kraujo grupėms nustatyti hemotestas esąs negeras. Būtų galima nutylėti del pavienių gydytojų nepagristų kalbų, tačiau paskutiniu metu net viena žinoma Kauno ligoninė ėmė skleisti panašias nuomones, kurios jau spėjo pasiekti ir kitas ligonines bei buvo reiškiamos šių metų L. Chirurgų Draugijos suvažiavime. Institutas hemotestą gamina jau penkerius metus, tačiau iki šiol dar nebuvo girdėta nusiskundimų jojo netinkamumu. Suprantama, suklysti visada galima ir negarbinga būtų klaidą užslėpti, bet vis delto yra negražu be pagrindo kitą kaltinti.

Turiu galvoje šių metų balandžio 5 d. įvykusį vienoje Kauno ligoninėje atsitikimą su mano vadovaujamame Institute pagamintu kraujo grupėms nustatyti hemotestu. Ligoninėje buvo daryta vienam ligoniui kraujo transfuzija, po kurios atvykęs į Institutą vienas šitos ligoninės gydytojas man pareiškė, jog operacijos metu ligoniui įvykęs šokas. Kraujas buvo perpiltas iš tėvo sūnui. Abiejų kraujas buvęs O-grupės. Nors ir labai maža teipylęs ligoniui davėjo kraujo, tačiau įvykęs staigus šokas, ir jis, gydytojas chirurgas, niekaip negalėjęs suprasti šito įvykio priežasties. Pabrėžęs, jog esąs senas prityręs specialistas, todėl rimtai susimąstęs šito klausimo išsprendimu. Pagaliau jam atėjusi į galvą nepaprasta mintis patikrinti su užsieniniu hemotestu ligonio ir davėjo kraujo grupes. Patikrinęs radęs, kad ligonio kraujas priklausąs O-grupei, gi davėjo — B-grupei. Ir taip chirurgui nuslinkęs akmuo nuo širdies: klaida esanti atrasta, ligonio šoko priežastis esanti aiški, kaip ant delno. Panašių atsitikimų buvę ir anksčiau, todėl nutaręs painformuoti Institutą, kad jis išleidžiąs netinkamą hemotestą.

Ir tai labai gražu. Pastebėta klaida praneština. Kiekviena mokslo įstaiga į tai kreipia rimtą savo dėmesį ir stengiasi išvengti klaidų. Buvo atsižvelgta ir šitą kartą su visu rimtumu. Tą pačią pranešimo dieną Instituto asistentas nuvyko į minėtąją ligoninę ir ligoninės gydytojo akyvaizdoje patikrino nukentėjusio ligonio kraujo grupę. Davėjo ligoninėje neradus, buvo paprašyta jį ko greičiausia atvesti į Institutą. Patikrinto ligonio kraujo grupė pasirodė esanti O-grupės. Tuojau pat padarytas kartotinis patikrinimas su užsieniniu hemotestu, su kuriuo taip pat gauta O-grupė. Paaiškėjo, kad ligoninėje kraujo grupės nustatomos, nepasinaudojant mikroskopu ir apie agliutinacijos reakciją sprendžiama iš akies. Paprašius mikroskopo, jojo chirurginiame skyriuje visai nebuvo, ir bandomųjų stiklelių teko atsinešti per kiemą į laboratoriją. Patikrinti agliutinacijos reakcija mikroskopu yra būtina, kitaip gali būti klaidų. Be to, vadinamosios

silpnosios grupės ne iš karto duoda agliutinacijos reakciją, ko nežinant lengvai galima suklysti, palaikant ir kitas grupes O-grupe.

Kitą dieną minima ligoninė pranešė Institutui, kad, patikrinus kartotinai mūsų ir užsienių hemotestais davėjo kraują, abiem atvejais buvo gauta A-grupė. Vadinasi, buvo įpilta A-grupės individo kraujo į O-grupės ligonio kraują! Įvyko šokas; kitaip ir būti negalėjo! Tai aišku, kaip dieną, ir čia kaltas ne mūsų Institute pagamintas hemotestas, bet chirurgų skubotumas ir neapdairumas kraujo grupę nustatant. Institutas pareikalavo, kad ligoninė primestą jos personalo akyvaizdoje Institutui klaidą atšauktų, ir ji tai pažadėjo. Gaila, neištesėjo. Priešingai, žinia pirmykščioje savo redakcijoje spėjo aplėkti net antrąją Kauno ligoninę, nors iš tikrųjų iki šiol mūsų gaminamas hemotestas savo kokybe nei kiek nėra blogesnis už užsieninį, gal tik tiek skiriasi nuo užsieninio, kad jis yra žymiai už pastarąjį pigesnis.

Jei kas pastebėtų ką neigiamo mūsų gaminamajame hemoteste, būsiu labai dėkingas už pranešimą. Priešingai, laikau labai negražiu dalyku šmeižti kažkuriais sumetimais visai be pagrindo kitus, dargi nesugebant tinkamai patiems atlikti pasirinkto darbo. Suklydus nereikėtų vengti atšaukimo.

Įstatymai ir taisyklės.

SVEIKATOS IR SOCIAL. APSAUGOS ĮVEDAMASIS ĮSTATYMAS

Liaudies Vyriausybė yra priėmusi ir einąs Respublikos Prezidento pareigas Ministeris Pirmininkas skelbia tokį sveikatos ir socialinės apsaugos įvedamąjį įstaymą:

Sveikatos ir socialinės apsaugos įvedamasis įstatymas

1.

Gyventojų sveikatos apsauga ir priežiūra priklauso Sveikatos ir Socialinės Apsaugos Ministerijai.

2.

Ligi šiol išleistus krašto medicinos ir sanitarijos reikalams tvarkyti įstatymus ir taisykles, kuriuos vykdė Vidaus Reikalų Ministeris ir Sveikatos bei Darbo ir Socialinės Apsaugos Departamentų direktoriai, nuo dabar vykdo Sveikatos ir Socialinės Apsaugos Ministeris ir atitinkamų departamentų direktoriai.

3.

Visos valstybinės, savivaldybinės ir privatinės gydymo ir sanitarinės bei profilaktinės įstaigos, vaistinės, laboratorijos ir medicinos, odontologijos ir farmacijos personalas pavedamas Sveikatos ir Socialinės Apsaugos Ministerijos priežiūrai.

Šio straipsnio pirmo posmo nuostatai netaikomi karo žinyboje esančioms medicinos-sanitarijos įstaigoms, Karo Sanitarijos Valdybai ir universitetų medicinos-sanitarijos įstaigoms.

4.

Nurodymai savivaldybių gydymo įstaigoms ir savivaldybių medicinos, odontologijos ir farmacijos personalui duodami per savivaldybes, o nurodymai principiniais klausimais — per Vidaus Reikalų Ministerijos Savivaldybių Departamentą.

5.

Geležinkelių ir uostų ribose medicinos — sanitarijos organizacija priklauso Susisiekimo Ministrijai, o kalėjimų ir arešto namų — Teisingumo Ministerijai, kurios leidžia tiems reikalams tvarkyti taisykles, susitarusios su Sveikatos ir Socialinės Apsaugos Ministerija.

6.

Miestų bei apskričių gydytojai ir felčeriai yra Sveikatos ir Socialinės Apsaugos Ministerijos tarnautojai ir betarpiškai priklauso Viešosios Sveikatos Departamentui.

7.

Šiam įstatymui vykdyti taisykles leidžia Sveikatos ir Socialinės Apsaugos Ministeris.

8.

Šis įstatymas veika nuo 1940 m. liepos 16 dienos.

SVEIKATOS IR SOCIALINĖS APSAUGOS MINISTERIO ĮSAKYMAS

1.

„Pasirėmęs Ministerių Tarybos nutarimu iš 1940 m. liepos 12 d., skelbiu, kad baigusieji aukštuosius medicinos, odontologijos ir farmacijos mokslus Vilniuje, Stepono Batoro Universitete, praktikos teisių Lietuvoje atžvilgiu prilyginami baigusiems aukštuosius medicinos, odontologijos ir farmacijos mokslus Kaune, Vytauto Didžiojo Universitete.

2.

Baigusieji aukštuosius medicinos, odontologijos ir farmacijos mokslus Vilniuje, Stepono Batoro Universitetą, ir norintieji gauti praktikos teises Lietuvoje, paduoda prašymus mano vardu Vilniuje, Vilniaus miesto ir apskrities Sveikatos Inspekcijoje, pridėdami:

1. Aukštojo mokslo diplomą ir jo nuorašą,
2. Diplomo vertimą į lietuvių kalbą,
3. Pažymėjimus apie atliktą vienerių metų praktikos stažą,
4. Gimimo metrikos ištrauką,
5. Paso nuorašą ir
6. Sveikatos D-to Įgaliotinio Vilniuje išduotą registracijos lapą.

3.

Paduotiems dokumenams peržiūrėti, nutarti pripažinti, praktikos teises Lietuvoje ir lietuvių kalbos mokėjimui patikrinti, sudarau Komisiją iš: pirmininko — Medicnos Departamento medicinos personalo skyriaus vedėjo ir narių — Vilniaus miesto gydytojo ir Vilniaus gydytojų profesinės sąjungos atstovo.

4.

Padavusieji prašymus praktikos teisėmis gauti, jei neturi savo dokumentuose įrodymo, kad moka lietuvių kalbą, turi:

norį verstis medicinos, odontologijos ir farmacijos praktika visoje Lietuvos teritorijoje arba norį gauti valstybinę ar savivaldybinę tarnybą, str. 3 pažymėtai komisijai įrodyti, kad gali susikalbėti, o taip pat ir savo mintis pareikšti raštu, lietuvių kalba".

VALSTYBINĖS VILNIAUS AKUŠERIŲ MOKYKLOS STATUTAS.

(„Vyr. Žin." 707 nr., eil. 5479 nr.).

Pasirėmęs Felčerių, akušerių ir gailestingųjų seserų mokyklų įstatymo 1, 2 ir 5 str. (V. Ž. Nr. 380, eil. 2617) ir susitaręs su Valstybės Kontrolieriumi, nustatau Valstybinės Vilniaus Akušerių Mokyklos statutą:

1. Valstybinė akušerių mokykla Vilniuje steigiama prie šv. Jokūbo ligoninės.

2. Mokslas mokykloje skirstomas į du kursus ir trunka dvejus metus. Priimtinų mokinių skaičių, mokslo eigą ir atostogų tvarką nustato Sveikatos Departamentas.

3. Mokykloje einami, Vidaus Reikalų Ministro patvirtinta programa, šie mokslo dalykai:

1. Žmogaus anatomija ir fiziologija,
2. Bakteriologija, aseptika ir antiseptika,
3. Ligonių slaugymas,

4. Higiena ir užkrečiamos. ligos,
5. Normalinė ir patologinė akušerija,
6. Moterų ligos,
7. Vaikų ligos ir kūdikių slaugymas.
8. Chirurgija,
9. Akių ligos,
10. Ausų, nosies ir gerklės ligos,
11. Bendrosios patalogijos pagrindai,
12. Socialinė globa,
13. Farmakologija, fizioterapija, balneologija,
14. Greitoji pagalba, tvarstymas ir masažas,
15. Priešcheminė apsauga,
16. Namų ruoša,
17. Fizinis lavinimas,
18. Sveikatos reikalų organizacija Lietuvoje ir akušerių darbo sritys.

4. Praktikos darbus mokinės atlieka prie gimdyvių, naujagimių ir kituose esamuose ligoninėje skyriuose; be to, praktika privaloma ir motinos bei vaiko sveikatos globos įstaigose. Mokslo metu kiekviena mokinė turi aptarnauti ne mažiau kaip 25 gimdyves.

5. Sėkmingai išėjusios pirmųjų metų kursą ir atlikusios praktikos darbus, mokinės perkeliamos į II-jų metų kursą, o išėjusioms dvejų metų kursą leidžiama laikyti baigiamuosius egzaminus.

Neperkeltos į II-jį kursą ir neišlaikiusios baigiamųjų egzaminų paliekamos tame pačiame kurse II-iems metams.

6. Gailestingosios seserys, baigusios dvejų metų gailestingųjų seserų kursus ir atitinkančios 12 str. reikalavimus, priimamos į II-rą akušerių mokyklos kursą.

7. Baigiamieji egzaminai laikomi prie komisijos, kurią sudaro Sveikatos Departamento atstovas, mokyklos direktorius ir dėstomojo dalyko lektorius. Neišlaikiusioms egzaminų iš akušerijos ar dviejų kitų programos dalykų, leidžiama egzaminuotis antrą kartą, bet ne anksčiau kaip po trijų mėnesių.

8. Baigiamuosius egzaminus laikyti ir akušerės pažymėjimą gauti gali ir užsienyje baigusios ne mažesne programa akušerių mokyklas, jei kandidatės atitinka 12 str. reikalavimus. Jų kvalifikacijų pakankamumą nustato Sveikatos Departamentas. Tokios kandidatės už teisę egzaminuotis įmoka Valstybės Iždan 50 litų; pinigai negrąžinami.

9. Sėkmingai baigusioms mokyklą ir išlaikusioms egzaminus išduodamas mokyklos baigimo pažymėjimas.

10. Mokyklos direktorius su lektoriais sudaro mokyklos tarybą. Tarybos posėdžius kviečia ir pirmininkauja direktorius. Posėdžiai protokoluojami. Sprendimai daromi balsų dauguma; balsams pasiskirsčius lygiomis, pirmininko balsas nusveria.

11. Mokyklos tarybos nutarimais: mokinės perkeliamos į aukštesnį kursą, paliekamos tame pačiame kurse antriems metams, atleidžiamos iš mokyklos dėl nepažangos moksle ar netinkamo elgesio, uždedamos disciplinarinės bausmės (sutrumpinimas atostogų, apibrėžimas laisvalaikio sunaudojimo ir kt.).

12. Akušerių mokyklos mokinėms gali būti mergaitės ir moterys, baigusios ne mažiau kaip keturias reformuotos valstybinės gimnazijos klases ar tolygias mokyklas, sveikos, turinčios ne mažiau kaip 18 ir ne daugiau kaip 30 metų amžiaus ir savo kūno bei dvasios privalumais tinkamos akušerės darbui.

13. Norinčios stoti į mokyklą, iki rugsėjo mėn. 15 d. paduoda mokyklos direktoriaus vardu prašymą. Prie prašymo prideda:

1. Gimimo metriką, ar notaro patvirtintą nuorašą,
2. Notaro patvirtintą paso ištraukos nuorašą,
3. Mokyklos pažymėjimą apie išeitą mokslą,

4. Dvi fotografijos ir
5. Gyvenimo aprašymą (Curriculum vitae).

14. Prieš priimant mokyklon, kandidačių sveikata pagrindinai patikrinama mokykloje. Mokslo metu mokinių sveikata periodiškai tikrinama mokyklos direktoriaus nuožiūra.

15. Sąrašą ligų, kliudančių stoti į akušerių mokyklą, sudaro Sveikatos Departamentas.

16. Akušerių mokyklos direktorių skiria Vidaus Reikalų Ministras. Kitą, aukštesnį mokyklos personalą nuo V kategorijos aukštyn, skiria Sveikatos Departamento Direktorius, o žemesnį, nuo I—IV kategorijos — mokyklos direktorius.

17. Mokyklos direktorius pristato Sveikatos Departamento Direktoriui patvirtinti lektorius, išmoka jiems nustatytą atlyginimą, atsako už tinkamą mokslo ir ūkio srityje mokyklos darbą ir veda atskaitomybę.

18. Mokykla turi savo antspaudą ir iškabą.

19. Prie Valstybinės Vilniaus Akušerių Mokyklos steigiami mokinėms gyventi bendrabučiai. Bendrabučių vidaus tvarkos taisykles nustato mokyklos direktorius, tvirtina Sveikatos Departamento Direktorius. 30% bendro mokinių skaičiaus nuo prievolės gyventi bendrabutyje, mokyklos direktoriaus sprendimu, gali būti atleidžiama.

20. Mokyklos sąskaityba ir atskaitomybė vedama Vidaus Reikalų Ministerijos vietos įstaigų sąskaitybai ir atskaitomybei vesti nustatyta tvarka.

21. Šis statutas veikia nuo 1940 m. sausio 1 dienos.

K. Skučas
Vidaus Reikalų Ministras

Kaunas, 1940 m. kovo 9 d.

Bibliografija.

„MEDICINOS" ŽURNALO REDAKCIJA YRA GAVUSI ŠIUOS MEDICINIŠKUS ŽURNALUS, LEIDINIUS IR SPAUDINIUS:

1. **Eesti Arst.** Tartu. 1940 m. 4, 5, 6 nr nr.
2. **Veterinarija ir Zootechnika.** Kaunas. 1940 m. 4 nr.
3. **Farmacijos Žinios.** Kaunas. 1940 m. 3—4 nr.
4. **Sveikata ir Darbas.** Kaunas. 1940 m. 7, 8, 9, 10, 11, 12 nr. nr.
5. **Gesundheit u. Wohlfart.** Ciurichas. 1940 m. 3—4—5 ir 6 nr. nr.
6. **Fiziškas Auklėjimas.** Kaunas. 1940 m. 1, 2, 3, 4 ir 5 nr. nr.
7. **Riedel Archiv.** Berlynas. 1940 m. 2—3 nr.
8. **Therapeutische Berichte.** 1940 m. 2, 3 ir 4, 5, 6 nr. nr.
9. **Archiv biologičeskich nauk.** Moskva. 1939 m. 1, 2, 3, 4 ir 5 sąs.
10. **Münch. med. Wochenschrift.** Miunchenas. 1940. 16—26 nr. nr.
11. **Die Aerztliche Praxis.** Viena. 1940. 5 ir 6nr. nr.
12. **Ars Medici.** Bazelis 1940 4, 5 ir 6 nr. nr.
13. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine.** Sendai (Japan). 38 t., 1—2, 3 ir 4 nr. nr.
14. **Bulletin International des Services de Santé des armées de terre, de mer et de l'air.** Liège (Belgique. 1940 m. 4 nr.
15. **Archives Belges du Service de Santé de l'Armée.** Liège - Bruxelel. 1940 m. 4 nr.
16. **Motina ir Vaikas.** Kaunas. 1940 m. 5 ir 6—7 nr. nr.
17. **Atti della Societá Medico - Chirurgica di Padova.** 1940. I sąsiuvinys.
18. A. E. M o l o t k o v. Bibliografija ruskoi radiologii i rentgenologii za 1896—1938 g. g. Lenigrad. 1938.
19. **Kova su džiova.** Kaunas. 1940 m. 14 nr. 60 psl. in 4°

20. **Pro Juventute baltica.** Tartu. 1940. 1—2, 3 ir 4 nr. nr.
21. **Société des Nations** (Commission consulvatative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles): **Résumé des transactions illicites et des saisies.** Genève. 1940. IV. 1.
22. **Veterinarijos Departamento 1918 — 1938 m. veiklos apžvalga.** 1939 m. Veter. Dep. leidinys Nr. 12—74 psl. in 4°.
23. **Vračebnoje dielo,** 1940 m. 1, 2, 3, 4, 5 nr.
24. Ant. Starkus: **Karcinomos ir prekarcinomos klausimu.** Disertacija medicinos daktaro laipsniui įgyti. Kaunas. 1940 m. 291 psl. in 8° ir 99 atvaizdai.
25. Gyd. A. Čeičys: **Inkstų gebėjimas koncentruoti šlapalą hipochlorimijos metu.** Disertacija daktaro laipsniui įgyti. Kaunas, 1940 m. 133 psl. in 8°.

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Frankfurte — prof. Richard Seyderhelm, 52 mt. amžiaus. — 2) Prof. Leo Drisner. — 3) Stutgarte — prof. dr. Eugen Enderlen, chirurgas ir „Münch. med. Wochenschrift" leidėjas, 78 mt. amžiaus. — 4) Miunchene — prof. Hans Gudden, 74 mt. amžiaus, psichiatras.

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Medicinos kandidato laipsnį yra gavę šie med. studentai:** Vytautas Ablėnas, Kazys Adomaitis, Valerija Aleknavičiūtė, Liucija Avižonytė, Vytautas Barkauskas, Fricas Bintakis, Sofija Birietaitė, Juozas Blonskis, Mykolas Bobianskis, Stasys Budrys, Vytautas Čėsna, Antanas Damijonaitis, Ignas Daniūnas, Stasys Garalis, Albertas Kr. Gocentas, Marija Grinevičiūtė, Antanas Išganaitis, Stanislovas Jankevičius, Juozas Jarmala, Nochomas Kacas, Jakobas Kacevas, Brunonas Kanclyvis, Rachilė Kamenecaitė, Antanas Kaveckas, Sofija Korevaitė-Miuncvienė, Milda Kuršaitė, Augustinas Laučius, Mendelis Lichtenšteinas, Aleksandra Lipkinaitė, Antanas Marčiukaitis, Stasys Marčiukaitis, Alfonsas Martusevičius, Vladas Masaitis, Juozas Mikelionis, Juozė Gražina Overaitė, Jonas Palietis, Apolonija Pavilčiūtė, Šliomas L. Perelšteinas, Eduardas Petraitis, Šlioma S. Poreckis, Stanislava Ra[illegible]iūtė, Vytautas Rutkauskas, Antanas Snieška, Aldona Smalstytė, Juozas Spėčius, Adelė-Kazimiera Strimavičiūtė, Kazys Stungys, Matilda Sulgaitė, Vladas Šarka, Kostas Širmenis, Birutė Antanina Škėmaitė, Mūza Šorecaitė, Henrikas Špukas, Jonas Švitra, Juozas Taučas, Elena Taunytė, Atanas Trumpulis, Jurgis Volonsevičius, Liudvika Elena Žemaitytė ir Albertas Žvirblis.

× **Odontologijos kandidato laipsnį yra gavę šie odontologijos studentai:** Elena Alijauskaitė, Marija Avižonytė, Marija Civinskaitė, Marija Červinskaitė, Stefanija Dobužinskaitė, Janina Domaševičiūtė, Liuba Dušnickaitė, Regina Elsbergaitė, Anelė Gaskaitė, Marija Grabauskaitė, Meilutė Janulaitytė, Eugenija Kazlauskaitė, Leja Kronikaitė, Stefanija Aldona Kulvelytė, Irena Macytė, Felicija Olšauskaitė, Eugenija Pranaitytė, Vanda Genovaitė Skrickytė, Ona Sodaitytė, Bronislava Svderskaitė, Barbora Tėvainytė, Olga Troickytė, Regina Valiukaitė ir Elena Vienožinskaitė.

× **Med. gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Vytautas Pranas Baltrušaitis, Simonas Brandvainis, Ona Dagytė-Drozdienė, Nochumas Davidovičius, Ona Ibianskaitė, Jonas Jurgila, Juozas Kavaliauskas, Mozė Kaščenevskis, Zofija Kryževičiūtė, Leizeris Krupickas, Kostas Labanauskas, Adelė Marcinkevičiūtė, Pranas Mockus, Rachelė Petrikanskytė, Ilija Geršonas Rochelzonas, Juozas Rudzinskas, Vytautas Slavinskas, Chaja-Riva Srebnickaitė, Vytautas Stanionis, Antanas Šulinskas, Juozas Urbaitis, Juozas Zaborskis ir Josipas Zilberas.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys: Konstancija Vilutytė ir Sofija Zaborskaitė-Tautenienė.

× **V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas** Švietimo Ministerijos paliekamas Kaune.

× **Sekantiems mokslo metams** nutarta priimti: studentų medikų 120, studentų odontologų ir farmacininkų po 40.

× Gyd. T. Šiurkus priimtas į Medicinos Fakulteto chirurginę kliniką jaun. asistentu nuo š. m. VII. 1 d. iki 1941 m. I. 1 d. (vietoje laikinai išėjusio į neapmokamas atostogas gyd. St. Stonkaus).

× **Patologinės fiziologijos kurso** klausimas pavestas išspręsti komisijai iš prof. V. Lašo, prof. E. Vintelerio ir prof. Pr. Gudavičiaus.

× Priv.-doc. L. Gutmanui sulaukus 65 mt. amžiaus, Medicinos fak-to Taryba nutarė prašyti Švietimo Ministerį pratęsti jo lektoriavimą dar vieneriems metams.

× **Medicinos Fakulteto paskaitų ir pratybų nauji pertvarkymai:**

1) Vyr. asist. Masalskis skaitys farmacininkams ir odontologams specialiai anatomiją 2 val .teorijos, o odontologams dar galvos anatomiją, 2 val. teorijos ir 2 val. pratybos.

2) Priv. doc. J. Meškauskas skaitys užkrečiamųjų ligų kursą 1 val. teorijos.

3) Priv.-doc. J. Kupčinskas ves vidaus ligų polikliniką 2 val. pratybos.

4) Prof. V. Kuzma ves chirurginę polikliniką odontologams, 2 val. pratybos.

5) Prof. V. Kanauka skaitys odontologams ir farmacininkams pirmąją pagalbą, 1 val. teorijos.

6) Chem.-vaist. M. Norkus farmacininkams ves vaistinės techniką, 2 val. pratybos.

7) Med. d-ras Alf. Čeičys skaitys ligonių slaugymo kursą, 1 val. teorijos ir 2 val. pratybos.

× **Doktoranto egzaminus** yra išlaikę šie gydytojai: Petras Baublys, Alg. Maciūnas ir Vaclovas Paprockas, taip pat chem. vaist. Alfonsas Gabrėnas.

× **Naujas docentas.** V. D. Univ-to Medicinos fakulteto Vidaus ligų klinikos vyr. asist. med. d-ras J. Kupčinskas paskirtas šitos klinikos docentu.

× **Prof. Pr. Jodelė — medicinos garbės daktaras.** V. D. Univ-to Medicinos fak-to taryba nutarė suteikti medicinos garbės daktaro laipsnį V. D. Univ-to prorektoriui prof. Pr. Jodelei už nuopelnus statant V. D. Univ-to klinikas.

× **V. D. Univ-to Medicinos fakulteto klinikos** jau yra persikėlusios į naująsias savo būstines Žaliajame Kalne, netoli VII-ojo forto. Ligoniai priiminėjami jau į visas klinikas.

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **Vokiečių kovai su alkoholiu Sąjungos posėdis** įvyksta Berlyne š. m. rugpiūčio 17—18 d.

× **Ginekologų kongresas** numatomas Berlyne š. m. rugsėjo mėn.

× **Sukaktuvės:** 1) Prof. dr. Friedrich Meggendorfer, Erlangeno psichiatras ir neurologas, sulaukė 60 metų amžiaus. — 2) Richard Pfeiffer, paskutinis klasiškas bakteriologas, seniausias dar tebegyvenančių Koch'o mokinių, švenčia Bad Landecke 60 metų doktorizavimosi sukaktį. 3) Prof. J. Hegerer, Hamburgo otorinolaringologas švenčia 70 metų amžiaus sukaktį.

SVEIKATOS IR SOCIALINĖS APSAUGOS MINISTERIJOS REIKALAIS.

× **Sveikatos ir Social. apsaugos ministras d-ras L. Koganas padėkojo** visiems jį sveikinusiems ir pasižadėjo visomis jėgomis dirbti liaudies gerovei; taip pat kviečia visus prisidėti prie to didelio kūrybinio darbo.

× **Sveikatos ir Social. apsaugos ministro d-ro Kogano parėdymas medicinos gydymo teikimo reikalu.** Sveikatos ir Social. apsaugos ministras d-ras L. Koganas išsiuntinėjo visiems apskričių valdybų pirmininkams, ligoninių ir gydymo įstaigų direktoriams bei vedėjams šio turinio aplinkraštį:

Sveikatos ir Social. apsaugos ministerija yra susirūpinusi visame krašte sutvarkyti gyventojams medicinos pagalbos teikimą, laikantis principo, kad ambulatorinį gydymą kiekvienas jo reikalingas gautų nemokamai, gi stacionarinį (ligoninėje) gydymą nepasiturintieji gautų taip pat nemokamai, o turtingesnieji mokėtų brangiau, negu dabar moka.

Norėdamas, kad ne tik Sveikatos ministerija ir jos pareigūnai, bet ir visos administracinės įstaigos, o taip pat ir atskiri piliečiai, kurie supranta ir įvertina tinkamai sutvarkytos medicininės pagalbos reikšmę, pareikštų šitoje srityje savo iniciatyvą, kreipiuosi į Tamstas prašydamas šį reikalą, skubiai apsvarsčius, nutarti:

1. Įvesti Tamstų žinioje turimose ligoninėse ir kitose gydymo įstaigose nemokamą ambulatorinę pagalbą (jei ne visą laiką, tai nors atitinkamas valandas).

2. Peržiūrėti stacionarinio gydymo taksą, kad mažiau pasiturintiems ji būtų kuo pigesnė, o, kad del to nenukentėtų ligoninės biudžetas, turtingiems būtų atitinkamai padidinta.

3. Sudaryti projektus gydymo įstaigoms praplėsti ir personalo atlyginimui sunormuoti.

4. Pateikti man savo samprotavimus del gyventojams prieinamos medicininės pagalbos organizavimo būdų, priemonių ir metodžių.

Visais šitais klausimais prašoma skubiai atsiliepti.

× **Sveikatos ir Social. apsaugos ministeriją** („Saulės" gimnaz. rūmuose, Savanorių prosp. 32 nr.) **sudaro šie departamentai ir inspekcijos:**

1) Medicinos departamentas (direktorius gyd. V. Kviklys).

2) Socialinės apsaugos departamentas (direktorius — laikinai Jadvyga Grigienė).

3) Viešosios sveikatos departamentas (direktorius dar nepaskirtas).

4) Farmacijos inspekcija (inspektorius dar nepaskirtas).

5) Sanitarinės statybos inspekcija (insp. inž. L. Rabinavičius).

× **Sveikatos ir Social. aps. ministerijos centro tarnautojai gydytojai:**

1) Gener. sekretorius (viceministras) — med. d-ras V. Girdzijauskas, buvęs Valst. Higienos Instituto direktorius.

2) General. inspektorius (liaudies medicinai organizuoti) — gyd. M. Mickus, buvęs Sveikatos dep-to direktorius.

3) Medicinos Dep-to direktorius — gyd. V. Kviklys.

4) Medicinios personalo skyriaus vedėjas — gyd. Jonas Lipčius.

5) Akių skyriaus ved. — gyd. Juoz. Marcinkus.

6) Vener. ir odos ligų skyr. ved. — gyd. M. Šeinbergas.

7) Tuberkuliozės skyr. ved. — gyd. O. Devenytė.

8) Epidemijų ir bendrinės sanitarijos skyr. ved. — gyd. Juozas Šabanas.

9) Motinų ir vaikų skyr. ved. — gyd. A. J. Birutienė.

10) Kurortų ir sanatorijų skyr. ved. — numatomas gyd. B. Matulionis, Birštono kurorto direktorius.

11) Gydomųjų įstaigų inspektorius — (dar nepaskirtas).

12) Kaimo gyventojų sveikatos skyr. ved. — gyd. Juozas Gudauskas.

13) „Sveikatos patarėjo" redaktorius — gyd. Šabanienė - Pipinytė.

14 ir 15) Ypatingiems reikalams valdininkas — gyd. Al. Reinys. (Antra vieta dar neužimta).

16) Sanitarinės propagandos organizatorius — gyd. Pr. Gudas - Gudavičius.

17) Tuberkuliozinio dispanserio vedėja — gyd. S. Grigiškytė-Šimoliūnienė.

18) Tuberkul. dispanserio vedėjo padėjėjas — gyd. F. G. Kolodnas.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Medicinos gydytojo praktikos** teises yra gavę šie med. gydytojai: Mertchelis Arcmanas, Joselis Chaliutas, Antanas Grigalauskas, Emanuelis Grodzenskas, Gilelis Igdalskis, Chaimas-Jošna Ippas, Benjaminas Kliačko, Juozas Kriaučiūnas, Jankelis Mordchelis Levinas, Alteris Midliašokas, Bronius Minelga, Chaimas Perkulis, Judelis Rožanskis, Izidorius Rudaitis, Albertas Stanaitis, Henrikas - Stanislovas Surgailis, Juozas Šabanas, Jokūbas Šapira, Vladas Šulma, Povilas Tamošaitis, Henrikas Tarnauskas, Jokūbas Trockis ir Juozas Zambazevičius.

× **Reikalingi gydytojai venerologai** apskrities miestuose odos ir vener. ambulatorijoms vesti. Atlyginimo duodama 600 lt. mėn. Prašymai su savo curriculum vitae įteiktini Sveikatos ir Social. apsaugos ministerijos venerologijos skyriui.

× **Reikalingas med. gydytojas Žygaičių medicinos punktui.** Rajonas turtingas, turįs daugiau kaip 10.000 gyventojų. Butas neblogas. Su Taurage susisiekimas (21 kilom.) autobusais. Subsidijos duodama 350 lt. mėn.

× **Med. gydytojų atleidimai ir paskyrimai:**

1) L. Raud. Kryžiaus pirmininku paskirtas gyd. A. Garmus, vietoje atleisto iš šių pareigų gyd. J. Aleknos.

2) Kauno m. sav-bės sveikatos skyriaus vedėju paskirtas gyd. M. Bermanas, vietoje atleisto iš šitų pareigų gyd. Alb. Milvido.

3) Valst. Kauno ligoninę perdavus SSSR kariuomenei, atleistas šitos ligoninės direktorius gyd. Al. Petrikas.

4) Kauno miesto gydytoju laikinai paskirtas gyd. Jonas Parnarauskas, vietoje atleisto iš šitos vietos gyd. S. Virkučio.

5) Valst. Kalvarijos psichiatrinės ligoninės direktorium paskirtas gyd. A. I. Zilbergas, vietoje atleisto iš šitos vietos gyd. El. Draugelio.

6) Raseinių apskr. gydytoju paskirtas gyd. Jon. Bakšys, vietoje atleisto iš šitos vietos gyd. Ant. Sivickio.

7) Gyd. Jon. Nainys atleistas iš Kretingos apskr. gydytojo pareigų, o jo vietoje laikinai paskirtas gyd. V. Grinkevičius, Kretingos apskr. ligoninės vedėjas.

8) Draugijos kovai su tbc. draugijos Kauno skyriaus d-ro Griniaus sanatorijos vedėjas gyd. J. Runkevičius ir ordinatorė gyd. Vesputaitė-Makauskienė sukeisti vietomis.

9) L. Raud. Kryžiaus sanatorijos ved. gyd. K. Vyšniauskas ir ordinatorė gyd. Em. Jasevičiūtė sukeisti vietomis.

10) Karo Sanatorijos viršininku paskirtas pulk. gyd. Vl. Ingelevičius, vietoje išėjusio į atsargą gen. gyd. Vl. Nagiaus-Nagevičiaus.

11) Iš Kauno m. ligonių kasos atleisti vyr. gyd. K. Gurauskas ir jo pad. gyd. L. Laucevičius, o jų vietoje paskirti gyd. Kauneckis ir gyd. A. Ambraziejūtė-Steponaitienė.

12) Valst. Higienos Instituto direktoriaus pareigas laikinai eina gyd. Juozas Šabanas.

DANTŲ GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Dantų gydytojo praktikos teises** yra gavę šie dantų gydytojai: Albina Brazauskienė - Bielskiūtė, Sara Feinzilberytė, Antanina Goštautaitė, Olga Gurvičaitė, Eugenija - Regina Jakutienė - Bagdanavičiūtė, Elena Ona Kalinauskaitė, Berta Klausneckienė - Helmanaitė, Julė Krasnickaitė, Vladislava Kryževičiūtė, Elena Kudukytė, Matlė Margolytė, Elena Mosteikaitė, Ona Paltarokaitė, Jadviga Semaškaitė, Elena Šaliamonaitė, Elena Vilčinskienė - Strazdaitė, Elena Vinkšnelytė, Marija Zelčiūtė ir Vincentina Teresa Žemaitytė.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Sveikatos Departamento žinios apie apkrečiamąsias ligas Lietuvoje 1940 m. gegužės mėn.:** typhus abdom. 92 (4), paratyphus 28 (2), typhus exanthem. 31 (1), morbilli 9, scarlatina 51, pertussis 29 (1), diphtheria 157 (2), influenza 263, dysenteria 1, erysipelas 34 (1), poliomyelitis et polioencephalitis ac. 5, encephalitis letharg. epid. 2, meningitis cerebro-spin. epid. 54 (2), lyssa 20, tetanus 5 (1), tuberculosis 317 (7), venerin. ligomis 651 (lues 225, gonorrhoea 425, ulcus molle 1), varicella 18, trachoma 300, parotitis epid. 3, febris puerper. 9, septicopyaemia 5 (3), scabies 24.

× **Nauji modernūs dispanseriai.** Lietuvių poliklinikoje, Vilniuje, kuri del stokos ligonių turėjo užsidaryti, steigiamas modernus prieštuberkuliozinis dispanseris.

V. D. Unv-to Vaikų klinkai išsikėlus į naująsias savo būstines, senose būstinėse (Putvinskio g-vė 34 nr.) steigiamas pavyzdingas centrinis Kauno prieštuberkuliozinis dispanseris.

Dispanseris bus pavyzdingai įrengtas ir sutvarkytas. Jame dirbs specialistai tuberkuliozei gydyti. Dispanseris aptarnaus Kauno m. ir apskrities gyventojus, sergančius tuberkulioze. Be to, jis bus konsultacinis punktas visos Lietuvos dispanseriams komplikuotų ir neaiškių susirgimų atvejais ir tarnaus dispanserių gydytojams ir gailestingoms seserims paruošti. Kartu dispanseris bus ir mokslo įstaiga, nes tirs džiovos išsiplatinimo priežastis Lietuvoje ir ruoš kovai su tuberkulioze planą.

Laukiama, kad dispanseris iki š. m. rugpjūčio 1 d. bus atremontuotas, įrengtas ir pradės veikti. Gydymas ir patarimai dispanseryje bus nemokamai teikiami.

× **Serologijos Institutas rudenį gamins dar įvairesnių skiepų.** Serologijos Institutas lietuviškų skiepų gamybą visu spartumu varo pirmyn, nes šių skiepų pareikalavimas yra labai didelis. Teko patirti, kad jau šį rudenį Serologijos Institutas pradės gaminti visą eilę naujų skiepų, iš kurių pažymėtini: serumas prieš apkrečiamą vaikų smegenų uždegimą, serumas prieš dujinę gangreną ir visą eilę kitų serumų. Ligšiolinė difterito, vidurių šiltinės, tetano ir daugelio kitų serumų gamyba Serologijos Institute žymiai praplečiama.

× **Kretingos apskr. ligoninė,** kuri dabar yra labai blogose būstinėse, manoma perkelti į Pranciškonų vienuolyną, kuris pasirodė puikiai tinkąs, be didelio remonto, ligoninei įrengti.

× **Iš Vienos atvyks stiklinių akių meisteris.** Šių metų rugpjūčio 1, 2 ir 3 d. d. Kaune, Universiteto Akių klinikoje (Vytauto prosp. 35 a), bus stiklinių akių meisteris iš Vienos.

× **Homeopatijos ligoninė.** Štutgarte atidaryta didžiausioji Vokietijoje homeopatijos ligoninė. Ligoninėje yra 300 lovų ir visi moderniausi įrengimai. Ji pavadinta jos įsteigėjo Robert Bosch'o vardu.

× **Žemažiūrių skaičius pasaulyje didėjąs. Japonijoje jų yra 20 milijonų,** Vokietijoje — 18 mil., Jungt. Amerikos Valstybėse — 45 milijonai.

× **Gimimai mažėja ir Norvegijoje.** Prieš 40 metų Oslo iš 150.000 gyventojų kasmet gimdavę 8.000 vaikų, o dabar iš 250.000 gyventojų turėję gimti 13.000, bet gimę tik 2.000.

× **Vokietijoje suiminėjami pasigėrę gyventojai.**

× **Oregono ligoninėje** (Š. Am. J. V.) vienas ligonis taip smarkiai susičiaudėjo, jog jam lūžęs vienas šonkaulis. Tai esąs pirmas tokis atsitikimas medicinos istorijoje.

× **Vokietijos sunkvežimių vairuotojai ir pėstieji,** jei del jų kaltės ir alkoholio įtakoje bus atsitikusi susisiekimo nelaimė, kriminalinės policijos parėdymu, bus tremiami į koncentracines stovyklas iki keturių savaičių.

× **Vokiečių karingumas palaikomas koncentruotais vitaminais.** Pasak DNB, paskutinių dienų vokiečių kariuomenės nenuilstamas žygis ir karingumas parodęs, kad koncentruotų vitaminų vartojimas, greta nuolat keičiamų kareiviams duodamo maisto valgių, davęs tikrai gerų rezultatų, prisidėdamas prie kareivių karingumo palaikymo.

× **Nauji gydomieji spinduliai.** DNB žiniomis, Vokietijoje pradėti naudoti nauji spinduliai, kurie ypač gerai gydą sumuštas kūno dalis. Tie spinduliai pasirodę ir kitokio pobūdžio gydymui labai naudingi. Naujai pagamintas aparatas duodąs ultravioletinius spindulius ir kartu gaminąs dujas iš vandens garų ir ozono. Vandens garams susijungus su ozonu, įvykstą įvairių sudėtingų cheminių reakcijų, kurios turinčios didelės gydomosios galios. To aparato spinduliais labai sėkmingai gydoma odos ligos ir votys.

× **Bičių gylis gydąs trachomą.** Trachomą galįs išgydyti bičių geluonis. Tuo pasinaudojęs vienas serumo institutas, kurs dabar gamina bičių nuodų preparatus, švirkščiamus trachoma sergantiems ligoniams.

× **Ne senatvė kalta.** Ausų gydytojai išaiškinę, kad senų žmonių apkurtimas kyląs paprastai del infekcinių priežasčių, ir tiktai retais atsitikimais čia esanti kalta senatvė.

× **Priemonės prieš dizenterijos bacilus.** Visbadene vykstančiame internistų suvažiavime Frankfurto prof. P r i g e pranešė, kad jam pavykę surasti išbandytą priemonę prieš kruvinosios (dizenterijos) bacilus. Iki šiol prieš tą ligą jokios tikros priemonės nebuvo, nes per maža buvo žinomas pats tos ligos bacilas. Po ilgų tyrinėjimų prof. P r i g e'i pavykę nustatyti, kad kruvinosios baciluose esama dviejų nuodingų medžiagų. Su abiem reikią kovoti, nes jos abi esančios vienodai pavojingos. Bandant su gyvuliais, surasta aktyvi priemonė buvo išmėginta ir pritaikant ją žmonėms. Ta naujoji priemonė yra pavadinta „Eta". Ji galėsianti būti plačiai naudojama.

× **Vaistas ilgam miegui.**

SSSR psichiatrinėse ligoninėse labai sėkmingai taikomas šizofrenijos ir maniakalinės depresijos gydymas ilgu ligonių miegu. Tam reikalui išmėgintas naujas vaistas — s o n b u t a l'i s, kuris sužadinąs miegą, artimą normaliam, trunkantį nuo 12 iki 21 val.

× **Naujas analgezinis vaistas analgin'as** išbandytas 2 Maskvos univ-to klinikoje ir pasirodę, kad jis kai kuriais atvejais galįs visiškai pavaduoti morfį. Po 10—15 min. įdavus analgino, karštis sumažėjąs ir ligonio savijauta pagerėjanti. Analginas sėkmingai buvęs vartotas ūminio reumato atveju skausmams inkstų ir kepenų srityje malšinti. Jis esąs nekenksmingas.

Mediciniškasis sąmojis.

× Skausmas yra darbininkas, kuris dirba slapčia; jo darbas pasirodo tik tada, kai jis yra baigtas. *Th. de Poncheville.*

× Jei tik turėsi gryną sąžinę, visuomet būsi linksmas. *Keppler.*

× Bijoti ligos, reiškia ją sukelti. *Emil Kue.*

× Mirties antspaudas teikia gyvenimo pinigui vertės: įgalina nupirkti už gyvenimą tai, kas yra tikrai brangu. *Rabindranath Tagore.*

× Marti mirusiojo gedėjo tris savaites, sesuo — trejus metus, o motina — kol pailso, kol sulyso ir pati atsigulė į grabą.
Adelbert von Chamino.

× Motinos juokas yra toks širdingas skambėjimas, kurs maloniai skamba net visą ilgą žmogaus gyvenimą. *Otto von Leichner.*

× Kietas ir gilus yra mirusiųjų miegas. *Schiller.*

× Persiskyrimas yra mirtis. *Goethe.*

× Kai kūnas subyra į dulkes, dar lieka gyventi taurus vardas.
Schiller.

× Gamtoje nėra džiaugsmo, didesnio už motinos džiaugsmą, kai ji džiaugiasi savo vaikų laime. *Jean Paul.*

× Meilė yra tai dviejų širdžių džiaugsmas.
Walter v. d. Vogelweiche.

× Su karalium Pykčium eina drauge ir mirtis.
Norfolsko hercogas.

× Geriau dešimt tūkstančių kartų mirti, nekaip subiaurinti savo sąžinę, kurios tyrumą ir neydingumą kuo labiausiai aš branginu pasaulyje.
John Eliot.

× Mirtis nedidis žodis, bet mokėti numirti — didis dalykas... Gera ir tauri mirtis yra geresnė ir nepalyginti garbingesnė už netikusį gyvenimą. *John Eliot.*

× Gyvenimas tik tada tėra pilnutis, kai gyvenama del kitų.
Guyau.

× Kvailys laiko širdį prie liežuvio; protingas laiko liežuvį prie širdies. *Otomanų patarlė.*

× Prakaitas — tai darbo ašaros. *Peter Hille.*

× Pasakyk, ką tu valgai, o aš pasakysiu, kas tu esi.
Brillat-Savarin.

× Gyvenimas nėra juokas ir nėra žaismas, gyvenimas taip pat nėra ir pramoga... gyvenimas yra vien tik sunkus ir atsakingas darbas.
Turgeniev.

× Duona yra gyvenimo lazda. *Jonathan Swift.*

× Dievas, kuris davė dantis, duos ir duonos. *Persų priežodis.*

× Ne lūpos, o akys saldina pirmąjį meilės pasibučiavimą.
Emanuel Wertheimer.

× Vienintelė priemonė nuo tingumo yra darbas; vienintelis vaistas nuo savimylos yra auka; vienintelis vaistas nuo netikėjimo yra nusikratyti abejojimų. *Rutherford.*

× Yra tik du geri žmonės: vienas jau miręs, o antras — dar negimęs. *Kinų patarlė.*

× Niekas neduoda mums daugiau protiško ir kūniško darbingumo, kaip sveikas poilsis, jeigu išmintingai naudojamas. *James Field.*

× Gyvenimas yra per daug trumpas ir brangus, todėl jis reikia užpildyti tiktai geriausiu turiniu. *Orisson Svett-Marden.*

× Kiekvienas darbas, geras ar prastas, malonus ar nemalonus, fizines ar dvasines jėgas grūdina, jei jis susietas su tauriu pareigos ėjimu, — jis teikia žmogui laimės ir garbės. *Bochmert.*

× Jei darbas nebūtų reikalingas gyvenimui, tai jis būtinai būtų reikalingas žmogaus laimei. *Johanson.*

× Džiaugsmas yra kaip druska, del to juo reikia naudotis saikingai.
Pitagoras.

Gastromon

Ger-Ma-Po

Granulės

Sudėtis: *Ventr. sicc. 20,0 = 100,0 rec.*

Indikacijos: Dispepsija, leukemija, anemijos.

Veikimo būdas ir savybės: Sužadina kraujo gaminimąsi, gerina apetitą ir virškinimo vyksmą.

Dozavimas ir vartojimas: 10,0—20,0 per dieną valgant.

Įpokavimas: Po 75,0 granulių bonkutėse.

Detali kaina: Orig. įdaras — 7 lt, klin. įdaras — 6 lt 30 cnt.

Akc. B-vė „Varpas" sp. Kaunas, Gedimino g-vė 38.